



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ
ΠΑΣΧΟΝΤΑ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Άγχος, κατάθλιψη και ποιότητα ζωής ασθενών με
καρδιαγγειακά νοσήματα.**

Αντωνίου Μαρία

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δημοσθένης Μάκρης, Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας

Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,

Επαμεινώνδας Ζακυνθινός, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας

Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Πανταζοπούλος Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής

Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Λάρισα, 2021



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ
ΠΑΣΧΟΝΤΑ»**

MASTER THESIS

**Anxiety, depression and quality of life of patients with
cardiovascular disease.**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους βοήθησαν τόσο στα πλαίσια της ολοκλήρωσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας, όσο και κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω, εκ βαθέων και πρώτα από όλους, τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Επαμεινώνδα Ζακυνθινό, για την εμπιστοσύνη του αναθέτοντας και επιβλέποντας την διπλωματική μου εργασία, καθώς και για την άψογη συνεργασία και καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στους καθηγητές της τριμελούς επιτροπής, κύριο Δημοσθένη Μάκρη και κύριο Ιωάννη Πανταζοπούλο, για την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφεραν.

Τέλος, να ευχαριστήσω τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, καθώς και όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις γνώσεις που μου παρείχαν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι αρκετοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με χρόνιο νόσημα. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα θεωρούνται ως τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που μπορούν να επηρεάσουν τους ανθρώπους σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Να προσδιοριστεί η επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων στο επίπεδο της ποιότητας ζωής, της κατάθλιψης και του άγχους ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Το δείγμα περιλάμβανε 80 ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, στους οποίους χορηγήθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια τηρουμένων όλων των κανόνων περί ηθικής και δεοντολογίας. Τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν τις κλίμακες Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και World Health Organization QOL-BREF (WHOQOL-BREF). Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική ανάλυση με την χρήση του λογισμικού SPSS, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων (21 γυναίκες και 59 άνδρες) ήταν 64.9 έτη. Σε ό,τι αφορά την υποκλίμακα WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και γενική υγεία) οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος κατέγραψαν ένα μέτριο επίπεδο (48.8%). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) δηλώνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο φυσικής υγείας (47.8 %). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) δηλώνουν ένα μέτριο, οριακά θετικό, επίπεδο ψυχολογικής υγείας (54.8 %). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) δηλώνουν ένα μέτριο, οριακά θετικό, επίπεδο κοινωνικών σχέσεων (55.9 %). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) δηλώνουν, επίσης, ένα οριακά θετικό επίπεδο στο αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους (59.3 %). Το άγχος βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την κατάθλιψη ($p < .001$). Το φύλο βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το άγχος ($p = 0.004$) και την κατάθλιψη ($p = 0.001$). Η ηλικία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά το άγχος ($p = 0.016$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα, σχετικά με την ποιότητα ζωής, τη φυσική και ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους, έδειξαν ένα μέτριο επίπεδο με τάση, έστω και οριακή, προς θετική κατεύθυνση. Το φύλο και η ηλικία φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής, ως ο σημαντικότερος δείκτης της ανθρώπινης ζωής, πρέπει να μελετάται ενδελεχώς και διαχρονικά, ώστε να εξαχθούν έγκυρα συμπεράσματα που θα οδηγούν σε παρεμβάσεις, ατομικού ή κοινωνικού χαρακτήρα, με σκοπό τη βελτίωση της.

Λέξεις-κλειδιά: Καρδιαγγειακά νοσήματα, Ποιότητα ζωής, Άγχος

ABSTRACT

INTRODUCTION: The psychological status of chronic disease patients is influenced by a number of factors. Cardiovascular diseases are considered to be the most important health problems that can affect people physically, emotionally and socially.

PURPOSE: Determine the impact of socio-demographic characteristics on persons with cardiovascular disease's anxiety, depression, and quality of life.

METHOD-MATERIAL: The sample included 80 patients with cardiovascular diseases, who were given anonymous questionnaires and all the rules of ethics were followed. The questionnaires include the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the World Health Organization QOL-BREF (WHOQOL-BREF). Descriptive and inductive analysis was used using SPSS software, at a statistical significance level of 5%.

RESULTS: The mean age of the participants was 64.9 years. Regarding the WHOQOL-BREF subscale (Total Quality of Life and General Health), the statistical indicators of the sample recorded a moderate level (48.8 %). Prices for the WHOQOL-BREF (Physical Health) subscale also indicate a moderate level of physical health (47.8 %). Prices for the WHOQOL-BREF (Psychological Health) subscale indicate a moderate, marginally positive, psychological health level (54.8 %). The WHOQOL-BREF (Social Relations) subscale values indicate a moderate, marginally positive, level of social relationships (55.9 %). Finally, the statistical indicators of the WHOQOL-BREF (Environment) subscale also indicate a marginally positive level in the feeling of security from external risks (59.3 %). It was found that gender ($p = .006$) and exercise ($p = .007$) affect quality of life. Stress was found to be statistically significantly associated with depression ($p < .001$). Gender was found to be statistically significantly associated with anxiety ($p = 0.004$) and depression ($p = 0.001$). Age was found to be statistically significantly associated with stress ($p = 0.016$).

CONCLUSIONS: The results, regarding quality of life, physical and psychological health, social relationships and the feeling of security from external dangers, showed a moderate level with a tendency, even marginal, in a positive direction. Gender and age seem to affect quality of life. Quality of life, as the most important indicator of human life, must be studied thoroughly and over time, in order to draw valid conclusions that will lead to interventions, individual or social, in order to improve it.

Keywords: Cardiovascular diseases, Quality of life, Anxiety

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
ABSTRACT.....	v
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	vi
1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	1
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	1
1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	1
1.2.1 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ.....	1
1.2.2 ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ.....	1
1.2.3 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ.....	2
1.2.4 ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ.....	2
1.2.5 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	3
1.2.6 ΑΛΛΑ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	3
1.2.7 ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	3
1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	4
1.3.1 ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	4
1.3.2 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	5
1.4 ΠΡΟΛΗΨΗ	6
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	7
2. ΑΓΧΟΣ.....	9
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	9
2.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	9
2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	10
2.4 ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	11
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	14
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	14
3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	14

3.3	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	15
3.4	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	17
4.	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	21
4.1	ΣΚΟΠΟΣ.....	21
4.2	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ.....	21
4.3	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	21
4.4	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	21
4.5	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	23
4.6	ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	23
5.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	24
5.1	ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	24
5.2	ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	28
6.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	43
7.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	46
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	47
	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	52

1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως καρδιαγγειακό νόσημα ορίζεται κάθε είδος βλάβης που αφορά την καρδιά ή τα αιμοφόρα αγγεία που σχετίζονται λειτουργικά και ανατομικά και λειτουργικά με την καρδιά. Το πιο κοινό αίτιο των καρδιαγγειακών νοσημάτων θεωρείται η αθηροσκλήρυνση η οποία δημιουργείται λόγω εναπόθεσης λίπους στα τοιχώματα των καρδιακών αγγείων. (Donovan, Cherney, and Holland 2018)

1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ταξινομούνται σε επτά κατηγορίες, ως εξής:

- Υπερτασική καρδιακή νόσος
- Ισχαιμική καρδιοπάθεια
- Εγκεφαλική δυσλειτουργία λόγω εγκεφαλικής βλάβης
- Ρευματική καρδιακή νόσος
- Φλεγμονώδης καρδιακή νόσος
- Διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα
- Φλεβική θρομβοεμβολική νόσος (WHO 2020)

1.2.1 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η αυξημένη αρτηριακή πίεση επιβαρύνει τη λειτουργική φυσιολογία τόσο της καρδιάς όσο και των αιμοφόρων αγγείων. Η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να εκδηλωθεί με την περιφερική αρτηριακή νόσο, καθώς και με το ανεύρυσμα. Στην περιφερική αρτηριακή νόσο εμφανίζεται έντονο άλγος κατά τη βάρδιση, λόγω της στένωσης ή της απόφραξης των αγγείων των κάτω άκρων. Στην περίπτωση ανευρύσματος παρατηρείται αλλαγή στα τοιχώματα των αρτηριών, κυρίως στην κοιλιακή αορτή και στα αγγεία της βάσης του εγκεφάλου. Η αιτία του προβλήματος είναι η διάταση του αιμοφόρου αγγείου και η αδυναμία του αγγειακού τοιχώματος. (WHO 2020)

1.2.2 ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Η στηθάγχη και η καρδιακή προσβολή οφείλονται στην ελαττωμένη, λόγω στένωσης των στεφανιαίων αρτηριών, παροχή αίματος προς τη καρδιά. Στην περίπτωση της στηθάγχης, εξαιτίας της υποκείμενης ισχαιμίας, εμφανίζεται έντονο άλγος στο στήθος με συνήθη αντανάκλαση στον

βραχίονα, στον ώμο και στη γνάθο. Το άλγος συνοδεύεται από εφίδρωση και η όλη συμπτωματολογία λαμβάνει εκδηλώνεται κατά την άσκηση. Στη φάση που ο ασθενής αναπαύεται έχουμε υποχώρηση της κλινικής συμπτωματολογίας. Σε περίπτωση που δεν παρατηρείται ύφεση των συμπτωμάτων τότε υπάρχει υψηλή πιθανότητα εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου. Στο έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουμε διακοπή τροφοδότησης, με αίμα, του μυοκαρδίου και απαιτείται άμεσα ιατρική φροντίδα προκειμένου να αποφευχθεί ο θάνατος του ασθενή. (WHO 2020)

1.2.3 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΛΟΓΩ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Στην συγκεκριμένη περίπτωση, μία βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία προκαλεί μείωση της παρεχόμενης ποσότητας αίματος σε αντίστοιχα σημεία του εγκεφάλου. Την ανατομική βλάβη ακολουθεί η λειτουργική ανωμαλία η οποία μπορεί να εκδηλωθεί ως παροδική ισχαιμική προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Στην υποκατηγορία του παροδικού ισχαιμικού υπάρχει, για σύντομο χρονικό διάστημα, παρεμπόδιση της ροής του αίματος προς τον εγκέφαλο. Παρότι η διαταραχή έχει πολύ μικρή διάρκεια προκαλείται αιφνιδίως αλλαγή στην εγκεφαλική λειτουργία. Η βασική κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει απώλεια της ισορροπίας, διπλωπία, σύγχυση, μονόπλευρη αδυναμία του σώματος και δυσκολία στην ομιλία. Η συμπτωματολογία, ως επί το πλείστον, έχει μικρή χρονική διάρκεια γεγονός που ελαχιστοποιεί την πιθανότητα μόνιμης βλάβης. Σε ότι αφορά το εγκεφαλικό επεισόδιο, η βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία προκαλεί μειωμένη παροχή οξυγόνου σε αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου με αποτέλεσμα μόνιμη αναπηρία ή απώλεια της ζωής. (WHO 2020)

1.2.4 ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Στον εν λόγω τύπο καρδιακής νόσου οι βλάβες αφορούν τις βαλβίδες του μυοκαρδίου λόγω βακτηριδιακής λοίμωξης, συγκεκριμένα από τον β αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α που προκαλεί ρευματικό πυρετό. Πρόκειται για νόσημα που προσβάλλει, κυρίως, την καρδιά (ως περικαρδίτιδα) καθώς επίσης και τον πνεύμονα, εγκέφαλο, αρτηρίες, μύες, τένοντες, και αρθρώσεις. Οι βλάβες της καρδιάς προκαλούνται από την ανοσολογική αντίδραση που κάνει ο προσβληθείς οργανισμός έναντι των αντιγόνων του στρεπτόκοκκου. Στο μυοκάρδιο αναπτύσσονται τα οζίδια του Aschoff που είναι η κύρια παθολογοανατομική βλάβη του ρευματικού πυρετού. (WHO 2020)

1.2.5 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η παρουσία της φλεγμονής στην περιοχή της καρδιάς αφορά στη μεμβράνη της καρδιάς (περικαρδίτιδα), στην εσωτερική επιφάνειά της (ενδοκαρδίτιδα) και στον καρδιακό μυ (μυοκαρδίτιδα). Τα νοσήματα που εμφανίζονται, βάσει των συγκεκριμένων τύπων φλεγμονών, είναι η βαλβιδική καρδιακή νόσος, η περικαρδιακή νόσος και η καρδιομυοπάθεια. Στην βαλβιδική καρδιακή νόσο η δυσλειτουργία των βαλβίδων της καρδιάς μπορούν να επηρεάσουν την κατεύθυνση της αιματικής ροής. Οι βαλβιδικές βλάβες περιγράφονται ως στένωση, ανεπάρκεια και πρόπτωση. Μπορεί να οφείλονται σε γενετικά αίτια, σε διάφορα φάρμακα, σε θεραπευτικά πρωτόκολλα αντιμετώπισης του καρκίνου, καθώς και στον ρευματικό πυρετό. Η περικαρδιακή ασθένεια αναπτύσσεται από συσσώρευση υγρού στην περικαρδιακή κοιλότητα και εμφάνιση φλεγμονής. Τέλος, στην περίπτωση της καρδιομυοπάθειας η φλεγμονή αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα. (WHO 2020)

1.2.6 ΑΛΛΑ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Στην ενότητα αυτή συμπεριλαμβάνονται η καρδιακή ανεπάρκεια, οι καρδιακές αρρυθμίες και η συγγενής καρδιακή νόσος. Πρόκειται για νοσήματα επικίνδυνα για την ανθρώπινη ζωή. Στην καρδιακή ανεπάρκεια, επειδή υπάρχει καταστροφή του καρδιακού μυ, εμφανίζεται μία μη ικανοποιητική παροχή αίματος που έχει ως αποτέλεσμα την υποοξυγόνωση των ζωτικών οργάνων του σώματος. Τα κύρια συμπτώματα είναι πνευμονική συμφόρηση και δύσπνοια, που ενδέχεται να εμφανίζονται συνεργικά ή μεμονωμένα. Με τον όρο αρρυθμία εννοείται η διαταραχή του φυσιολογικού ρυθμού της καρδιακής λειτουργίας. Οι πιο συχνοί τύποι της είναι η κολπική μαρμαρυγή, η βραδυκαρδία και η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Ως συγγενής καρδιοπάθεια ορίζεται μία ευρεία σειρά λειτουργικών και ανατομικών ανωμαλιών όπως οι μη φυσιολογικές βαλβίδες και οι οπές της καρδιάς. Το κύριο αίτιο αφορά σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται ή επιδρούν κατά το χρονικό διάστημα της εγκευμοσύνης. (WHO 2020)

1.2.7 ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Στη φλεβική θρομβοεμβολική νόσο έχουμε δημιουργία θρόμβων στις φλέβες των κάτω άκρων με τελικό αποτέλεσμα την απόφραξη. Στην περίπτωση, μάλιστα, που έχουμε αποκόλληση των θρόμβων από την εστία δημιουργίας τους υπάρχει περίπτωση να μεταφερθούν, μέσω της αιματικής κυκλοφορίας, στους πνεύμονες προκαλώντας πνευμονική εμβολή. (WHO 2020)

1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο όρος «παράγοντας κινδύνου» εισήχθη την δεκαετία του 1960 -στα πρώτα έτη- από τον Dr William Kennel. Από τότε χρησιμοποιείται στην ιατρική ορολογία για να προσδιορίσει την αιτιοπαθογένεια μίας νόσου. Μάλιστα, ο ίδιος ο Kennel, αναφερόμενος στα καρδιαγγειακά νοσήματα, υποστήριξε ότι αφορά σε μία πολυπαραγοντική νόσο της οποίας η εμφάνιση οφείλεται σε περισσότερο του ενός αίτιου. Κατά τη διερεύνηση των υπεύθυνων παραγόντων, οι ερευνητές, συμπεράναν ότι είναι αρκετοί, ποικίλοι και μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κύριες κατηγορίες. Στη μία κατηγορία είναι οι μη αναστρέψιμοι παράγοντες, οι οποίοι προσδιορίζουν τον βαθμό κινδύνου εμφάνισης της νόσου ασχέτως από τη συνύπαρξη άλλου παράγοντα. Στην άλλη κατηγορία, η οποία είναι πολυπληθέστερη, κατηγοροποιούνται οι αναστρέψιμοι παράγοντες. (Thom et al. 2006)

1.3.1 ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- **ΗΛΙΚΙΑ:** Αποτελεί τον βασικότερο από τους μη αναστρέψιμους παράγοντες. Η φυσιολογική γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού οδηγεί στην εκφύλιση του καρδιακού μυ αυξάνοντας, έτσι, τον βαθμό κινδύνου να προκληθούν τραυματισμοί στις αρτηρίες. Μάλιστα, μελέτες έχουν δείξει τριπλασιασμό του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακού νοσήματος, ανά δεκαετία ζωής. Επιπλέον, έχει υπολογισθεί ότι το οκτώ στους δέκα ασθενείς που πεθαίνουν από κάποιο καρδιακό νόσημα είναι ηλικίας άνω των 65 ετών.
- **ΦΥΛΟ:** Βάσει των στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι άνδρες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με τις γυναίκες. Παρότι που έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες για τον λόγο αυτής της διαφοράς, ως κυρίαρχη άποψη θεωρείται η ορμονική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και συγκεκριμένα τα οιστρογόνα που έχουν προστατευτικό ρόλο. Πρόκειται για μία θεωρία που επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακού νοσήματος, στις γυναίκες, αυξάνεται με την έναρξη της εμμηνόπαυσης.
- **ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:** Το οικογενειακό ιστορικό καρδιακής νόσου αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα, ειδικά με το αν η ηλικία εμφάνισης του καρδιακού νοσήματος είναι πριν από α 55 έτη για τον άνδρα και πριν από τα 65 έτη για την γυναίκα.
- **ΦΑΡΜΑΚΑ:** Τα φάρμακα τα οποία έχει φανεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής ασθένειας είναι αυτά που χρησιμοποιούνται στα χημειοθεραπευτικά και ακτινοθεραπευτικά σχήματα. (WHO 2020)

1.3.2 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- **ΚΑΠΝΙΣΜΑ:** Η νικοτίνη, το βασικότερο συστατικό των εμπορικών τσιγάρων, ευθύνεται για μία στις δέκα περιπτώσεις ασθενών που ανέπτυξαν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Η δράση της νικοτίνης εντοπίζεται στη λειτουργία των αιμοφόρων αγγείων με κατάληξη τη βλάβη των αρτηριών και την πρόκληση αθηροσκλήρυνσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι η διακοπή της καπνισματικής συνήθειας σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών μειώνει σε πολύ χαμηλά επίπεδα τη συχνότητα θανάτου, κάνοντάς την ισοδύναμη με την αντίστοιχη των μη καπνιστών.
- **ΚΑΚΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα σχετίζονται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες και ιδιαίτερα με τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε αλάτι, ζάχαρη και λίπος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εκτιμήσει πως τα λιπαρά της κατηγορίας trans ευθύνονται για μεγάλο ποσοστό θανάτων ετησίως που σχετίζονται με καρδιαγγειακά νοσήματα.
- **ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ:** Οι επιδημιολογικές μελέτες, παγκοσμίως, έχουν διαπιστώσει ότι περίπου ένα στα πέντε άτομα πάσχει από έχει αρτηριακή υπέρταση. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς εμφανίζουν πολύ υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου και καρδιακή ανεπάρκεια. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση προκαλεί ανωμαλίες στην καρδιακή λειτουργία, μέσω της πάχυνσης των τοιχωμάτων των αιμοφόρων αγγείων. Επακολούθως, η δυσκολία κατά την κυκλοφορία του αίματος καταλήγει σε υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. Οι ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση, εν συγκρίσει με τον γενικό πληθυσμό, έχουν πολλαπλάσιο κίνδυνο να εκδηλώσουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα.
- **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ:** Οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μπορούν να αναπτύξουν καρδιαγγειακό νόσημα με διπλάσια συχνότητα, σε σχέση με τα υγιή άτομα.
- **ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ:** Τα άτομα η χοληστερόλη βρίσκεται σε μη φυσιολογικές τιμές έχουν υψηλή πιθανότητα δημιουργίας αθηρωματικής πλάκας στα αιμοφόρα αγγεία, με επακόλουθο την εκδήλωση αρτηριοσκλήρυνσης.
- **ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ:** Ο υψηλός δείκτης βάρους σώματος συνδέεται άρρηκτα με τα νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος λόγω του ότι επιδεινώνει άλλους αιτιολογικούς παράγοντες.
- **ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΣΚΗΣΗΣ:** Η απουσία φυσικής δραστηριότητας είναι ενοχοποιητικός παράγοντας για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Για την ελάττωση του κινδύνου, συστήνεται ήπια σωματική άσκηση, περίπου δυόμιση ώρες την εβδομάδα

ώστε ο κίνδυνος να προκληθεί ισχαιμική καρδιοπάθεια να μειωθεί κατά το ένα τρίτο. Παράλληλα, η φυσική δραστηριότητα συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, στη ρύθμιση τιμών της γλυκόζης αίματος, καθώς και στην απώλεια περιττού βάρους.

- ΑΓΧΟΣ-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Το έντονο άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία, συμβάλλοντας έτσι στην δυσλειτουργία τους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη ή έντονο άγχος συνήθως αμελεί τον εαυτό του και υιοθετεί έναν τρόπο ζωής ανθυγιεινό. Για παράδειγμα, ξεκινάει το κάπνισμα, παραμελεί την προγραμματισμένη λήψη φαρμακευτικής αγωγή για συνυπάρχουσες παθήσεις και οι διατροφικές του συνήθειες περιλαμβάνουν αυξημένες ποσότητες ανθυγιεινών τροφίμων και ποτών.
- ΚΑΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ: Στις περιπτώσεις ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα αυξάνει ο κίνδυνος μολύνσεων από βακτήρια και ιούς, λόγω κακής υγιεινής. Αξιοσημείωτη είναι η αμέλεια της υγείας της οδοντοστοιχίας και της στοματικής κοιλότητας. Έρευνες που συστήνουν την εξάλειψη ή τον περιορισμό της υιοθέτησης ανθυγιεινών συνηθειών διατροφής και ζωής προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 80%. (WHO 2020; Piepoli et al. 2016)

1.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Έρευνες έχουν δείξει ότι η λήψη προληπτικών μέτρων μπορεί να μειώσει τη συχνότητα εκδήλωσης ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, στεφανιαίας νόσου και πρόωρων θανάτων κατά 80% (WHO 2020). Οι βασικοί στόχοι της πρόληψης αφορούν στην αποφυγή του καπνίσματος, στη φυσική άσκηση, στην υγιεινή διατροφή και στον τακτικό προληπτικό έλεγχο της υγείας (τσεκάπ). Για την επίτευξη αυτών των στόχων, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κοινοποιήσει συγκεκριμένες συστάσεις (WHO 2020):

- Διερεύνηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Με αυτήν την σύσταση γίνεται προσπάθεια αξιολόγησης όσων ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς και στην παροχή συμβουλευτικής φροντίδας αλλά και κατάλληλης θεραπείας όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.
- Έλεγχος αρτηριακής πίεσης. Η αρτηριακή υπέρταση είναι, συνήθως, ασυμπτωματική και αυτό αποτελεί ιδιαίτερα μεγάλο πρόβλημα διότι συνιστά έναν από τους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες εκδήλωσης καρδιαγγειακού νοσήματος. Προκειμένου να διατηρηθεί η αρτηριακή πίεση εντός των φυσιολογικών ορίων δίνονται συστάσεις για

αποφυγή ή περιορισμό λήψης αλατιού, υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, καθώς και ένταξης φυσικής άσκησης στην καθημερινή ζωή.

- Έλεγχος λιπιδίων αίματος. Η εξασφάλιση των τιμών χοληστερόλης του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα κατέχει κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της σωματικής υγείας. Στις περιπτώσεις υπέρβασης των επιτρεπτών ορίων, απαιτείται υιοθέτηση υγιεινής διατροφής και φαρμακευτική αγωγή.
- Έλεγχος γλυκόζης αίματος. Έχοντας ως δεδομένο ότι όσα άτομα πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, θεωρείται επιτακτική η ανάγκη τακτικού ελέγχου των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος.
- Υγιεινή διατροφή. Η ανατομική και φυσιολογική ακεραιότητα του κυκλοφορικού συστήματος μπορεί να επιτευχθεί με τη σωστή διατροφή. Ένα διατροφικό πρόγραμμα θεωρείται υγιεινό και διαθέτει προφυλακτική δράση για τα καρδιαγγειακά νοσήματα όταν περιλαμβάνει φρούτα, λαχανικά, ψάρι, όσπρια, άπαχο κρέας, δημητριακά ολικής άλεσης. Επιπλέον επιβάλλεται μειωμένη κατανάλωση τροφών που περιέχουν αλάτι, ζάχαρη, λίπος, καθώς και αλκοολούχων ποτών.
- Σωματική άσκηση και δραστηριότητα. Η σωματική άσκηση στην καθημερινή ζωή είναι ένας ισχυρός παράγοντας που συμβάλλει στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος.
- Αποφυγή καπνίσματος. Η χρήση του καπνού, μέσω ενεργητικού ή παθητικού καπνίσματος, προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στην υγεία και ενοχοποιείται για τις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος. (WHO 2020)

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα παγκόσμια στατιστικά στοιχεία δείχνουν πως τα νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος οδηγούν, ετησίως, στον θάνατο περίπου 18 εκατομμύρια ανθρώπους αποτελώντας το ένα τρίτο των θανάτων από όλα τα αίτια. Για παράδειγμα, σε ποσοστό 17-45% οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια και εισάγονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα, καταλήγουν έναν χρόνο μετά την πρώτη εισαγωγή τους. Αύξηση αυτού του ποσοστού παρατηρείται με την πάροδο μιας πενταετίας από την πρώτη νοσηλεία. Στην Ευρώπη, οι θάνατοι λόγω καρδιαγγειακών νόσων ανέρχονται, σχεδόν, στα 2 εκατομμύρια ετησίως με τις μελλοντικές προβλέψεις να είναι δυσοίωνες, αφού υπολογίζεται ότι το έτος 2030 ο αντίστοιχος αριθμός θανάτων θα ανέλθει στα 23 εκατομμύρια ετησίως. (“WHO | Global Atlas on Cardiovascular

Disease Prevention and Control” 2015; “American Heart Association | To Be a Relentless Force for a World of Longer, Healthier Lives” 2020; AlHabib et al. 2014)

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, προκειμένου α προσεγγιστεί συλλογικά το πρόβλημα των καρδιαγγειακών νοσημάτων, έχουν καταγραφεί πολλά επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν τα κράτη μέλη της. Βάσει των συγκεκριμένων αναλύσεων, οι καρδιαγγειακές παθήσεις ευθύνονται σε ποσοστό 50-60% των θανάτων σε ορισμένες χώρες, όπως στη Βουλγαρία, στη Σλοβενία και στις χώρες της Βαλτικής. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο στον ανδρικό πληθυσμό ενώ σε κράτη όπως η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ολλανδία, η Γαλλία, η Κύπρος και η Ελλάδα οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα καταγράφονται μικρότερες. (“Home - Eurostat” 2020)

Η Ελληνική Στατιστική Επιτροπή έχει κοινοποιήσει ενδιαφέροντες επιδημιολογικούς δείκτες βάσει των οποίων ο μισός ελληνικός πληθυσμός έχει τιμές χοληστερόλης παραπάνω από τα φυσιολογικά όρια (190mg/dl), το 25% υποφέρει από αρτηριακή υπέρταση, το 10% πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, το 42% είναι καπνιστές και το 3% πάσχουν από κολπική μαρμαρυγή. Πρακτικά, 35.000 Έλληνες καταγράφονται κάθε χρόνο με κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Το ανησυχητικό, μάλιστα, είναι ότι παρατηρείται αμέλεια από την πλευρά των ασθενών με υπερχοληστερολαιμία, καθώς μόνο οι μισοί ασθενείς ακολουθούν τις ιατρικές συστάσεις για την μείωση της τιμής της. (“ΕΛ. Ι. ΚΑΡ. - Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας” 2020)

2. ΑΓΧΟΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Παρότι ο ορισμός του άγχους έχει διατυπωθεί με διάφορους τρόπους, αυτός του Richard Lazarus (Lazarus and Folkman 1984) και της επιστημονικής του ομάδας είναι που έχει επικρατήσει και χρησιμοποιείται ευρέως. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Richard Lazarus το άγχος είναι το κύημα από την αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος. Όταν, δηλαδή, ο άνθρωπος βιώνει μια φυσική ή/και ψυχική αδυναμία να ανταπεξέλθει στο ύψος των απαιτήσεων που προέρχονται από το περιβάλλον του, τότε αρχίζει να αισθάνεται άγχος. (Βάρβογλη 2007)

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, το άγχος αποτελεί μία προειδοποίηση κάποιας άσχημης ή έκτακτης κατάστασης. Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις όπου η παρουσία του άγχους είναι προβληματική. Όταν, δηλαδή, το άγχος είναι υπερβολικά έντονο ή εμφανίζεται χωρίς σοβαρή αφορμή ή σε καταστάσεις που δεν δικαιολογείται η παρουσία του ή, τέλος, όταν η διάρκειά του υπερβαίνει το σύνηθες χρονικό διάστημα τότε είναι προφανές πως δυσλειτουργεί. Προς αυτήν τη θέση κινήθηκε και ο Freud (1926) ο οποίος επισήμανε τον σημαντικό ρόλο που έχει το άγχος τόσο στην έκλυση και όσο και στην εμφάνιση ψυχοσωματικών καταστάσεων. Επιπλέον, αποσαφίνισε πως το άγχος λειτουργεί στον άνθρωπο ως ένας αμυντικός μηχανισμός, που εκπέμπει μία έντονη προειδοποίηση όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι απειλείται το «εγώ» του ατόμου. (Ζυγά et al. 2013)

Ωστόσο, πρέπει να επισημάνουμε ότι αν κάποιος θέλει να κατανοήσει το άγχος, θα πρέπει να ερμηνεύσει την ιδιαίτερη ψυχosύνθεση και τα βιολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου, καθώς και το περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο που πάσχει από αγχώδη διαταραχή. Σε ότι αφορά το περιβάλλον, τα γεγονότα και οι εμπειρίες διαμορφώνουν και τον τρόπο εκδήλωσης του άγχους. Η ψυχολογική προσέγγιση εξετάζει τον τρόπο που το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται το άγχος ενώ η βιολογική παράμετρος περιλαμβάνει τον τρόπο της συναισθηματικής του απάντησης μαζί με τις σωματικές εκδηλώσεις. (Αλεβίζος 2008)

2.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό πρόκλησης του άγχους οι σημαντικότερες ανατομικές δομές που συμμετέχουν είναι ο παρακοιλιακός πυρήνας, ο οποίος ανήκει στον υποθάλαμο και ο υπομέλανας τόπος. Όταν ένα άτομο βιώνει έντονο άγχος η αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη (CRH), που εκκρίνεται από τον παρακοιλιακό πυρήνα κατευθείαν στην πυλαία κυκλοφορία, έχει άμεση δράση στην αδενούποφυση. Στη συνέχεια, εκκρίνεται η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη

(ACTH), η οποία εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και διεγείρει τον φλοιό των επινεφριδίων με απελευθέρωση της κορτιζόλης. Συγχρόνως, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα απελευθερώνει νορεπινεφρίνη στους ιστούς και προκαλεί διέγερση του φλοιού των επινεφριδίων για την έκκριση των κατεχολαμινών. Οι κατεχολαμίνες και η κορτιζόλη, ως οι σημαντικότεροι νευροδιαβιβαστές στη διαδικασία του άγχους. Ιδιαίτερα η κορτιζόλη, συμμετέχει ενεργά στην αντίδραση του οργανισμού στο άγχος, μειώνει την ένταση της φλεγμονής, συμβάλλει στην εμφάνιση της αναλγησίας και στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς και στην διατήρηση των τιμών του σακχάρου και της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα. (Felix et al. 2018)

2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η κλινική εκδήλωση του άγχους διαμορφώνεται υπό την επίδραση ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων. Ο μηχανισμός αυτός βασίζεται στην ανάκληση δυσάρεστων εμπειριών και αναμνήσεων κάθε φορά που το άτομο βιώνει μια αγχώδη κατάσταση. Παράλληλα, το άτομο επηρεάζεται από τα συναισθήματά του όταν βρίσκεται σε καθεστώς έντονης ψυχολογικής πίεσης. Τα δε συναισθήματα, αυτά, με τη σειρά τους επηρεάζονται από το περιβάλλον του ατόμου. Έτσι, η συμπτωματολογία που εκδηλώνει ένας άνθρωπος, υπό αγχώδεις καταστάσεις, κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: τα οργανικά, τα συμπεριφορικά, και τα γνωσιακά. (Παλαιολόγου 2001)

Τα οργανικά συμπτώματα είναι, ως επί το πλείστον, κοινά για το σύνολο των ανθρώπων. Το καρδιαγγειακό σύστημα, καταρχάς, συμμετέχει με ενεργό τρόπο στη διαδικασία του άγχους μέσω μίας πληθώρας εκδηλώσεων, όπως η ταχυκαρδία και το αίσθημα παλμών. Η αναπνοή, επίσης, επηρεάζεται και εμφανίζονται συμπτώματα όπως ταχύπνοια, δύσπνοια και διακοπτόμενη αναπνοή. Τέλος, αρκετά συχνή είναι η εμφάνιση του πόνου στο στήθος. Σε ότι αφορά το γαστρεντερικό σύστημα, από τα πλέον κοινά συμπτώματα είναι οι διάρροιες, τα κοιλιακά άλγη, η ναυτία, η ανορεξία, η δυσκαταποσία και το αίσθημα του κόμπου στο λαιμό. Επιπλέον, αρκετοί ασθενείς παραπονούνται για την εμφάνιση της ξηροστομίας ή του αισθήματος πνιγμού. Στην εκδήλωση του άγχους συμμετέχει το μυοσκελετικό και το νευρικό σύστημα. Οι ασθενείς μπορεί να νιώσουν ζάλη, αδυναμία, εφίδρωση, τρέμουλο, πονοκέφαλο, κινητική ανησυχία και, ενίοτε, φτάνουν ως τη λιποθυμία. Την κατηγορία των οργανικών συμπτωμάτων ολοκληρώνουν δερματικές εκδηλώσεις, όπως ερυθρότητα του προσώπου ή αίσθηση εξάψεων. (Κουκιά 2014)

Στη συμπεριφορική συμπτωματολογία εντάσσονται η ανησυχία και η νευρικότητα. Τα άτομα που αγχώνονται αισθάνονται φόβο και αγωνία, ο ύπνος τους είναι ιδιαίτερα επηρεασμένος και επιδεικνύουν, αρκετές φορές, μία επιθετική συμπεριφορά.

Η τρίτη κατηγορία συμπτωμάτων, τα γνωσιακά, σχετίζεται με τη διαταραχή της πνευματικής διαύγειας των ανθρώπων. Η δυσκολία στη συγκέντρωση, η σύγχυση, η θολή σκέψη και η ελαττωμένη αντιληπτική ικανότητα κυριαρχούν στα αγχωμένα άτομα. Επίσης, η αίσθηση απώλειας του ελέγχου της κατάστασης, καθώς και ο φόβος του θανάτου επιβαρύνουν κατά πολύ την όλη δυσχερή θέση του αγχωτικού ανθρώπου. (Μαδιανός 2003)

2.4 ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Βάσει μελετών, το άγχος εμφανίζεται σε ένα στα τέσσερα άτομα στον γενικό πληθυσμό. Στις περιπτώσεις, ιδιαίτερα, ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο και κυμαίνεται από τέσσερις έως επτά στους δέκα ανθρώπους. Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι το άγχος διαφοροποιείται σε ποικίλες κατηγορίες που αφορούν από μία απλή φοβία έως χρόνιο άγχος και διαταραχή πανικού. Στους, δε, καρδιοπαθείς η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης απαντάται αρκετά συχνά, γεγονός που δημιουργεί έντονο πρόβλημα μιας και τα συμπτώματα των συγκεκριμένων διαταραχών είναι, αρκετές φορές, δυσδιάκριτα και παραμένουν αδιάγνωστα. Συνακολούθως, υπάρχει αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών καθώς δημιουργούνται διάφορα εμπόδια κατά την τήρηση του θεραπευτικού προγράμματος. Επιπροσθέτως, λόγω του άγχους, οι ασθενείς δεν ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες και δεν περιορίζουν τους επιβαρυντικούς, για την υγεία τους, παράγοντες όπως το κάπνισμα. (Vogelzangs et al. 2013; Celano et al. 2016)

Σχετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν εμφανίζεται χωρίς αίτιο ούτε έχει μόνιμο χαρακτήρα και με το πέρασμα του χρόνου η έντασή της τείνει να φθίνει. Σε ότι αφορά, τη σχέση με το φύλο, καταγράφεται εμφανής υπεροχή των γυναικών, έναντι των ανδρών, στην εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης. Οι γυναίκες βιώνουν με πιο έντονο τρόπο τα καρδιολογικά προβλήματα και είναι σε υψηλότερο βαθμό επιρρεπείς στην εκδήλωση αγχωδών και καταθλιπτικών επεισοδίων. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα θα πρέπει να ανιχνεύονται σχολαστικά σχετικά με την τάση ανάπτυξης κατάθλιψης. Η έγκαιρη διάγνωση της αγχώδους διαταραχής, καθώς και η ορθή διαχείριση των επεισοδίων άγχους κατέχουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και την εξασφάλιση ποιοτικότερης ζωής. (Frasure-Smith et al. 2000; Pham et al. 2019; Thombs et al. 2008)

Από την άλλη πλευρά, όμως, είναι γεγονόςς αδιαμφισβήτητο και κατανοητό πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα επιφέρουν και σωματικές αλλαγές, οι οποίες συνδέονται με τη φυσική εμφάνιση του άγχους που αφορά την πορεία της υγείας. Αναλυτικότερα, παρατηρείται αύξηση της έκκρισης της αδρεναλίνης και συσσώρευση των λιπαρών οξέων. Έτσι, μεαυτόν τον

μηχανισμό, ο οργανισμός προσπαθεί να διαθέσει καύσιμα για την εξασφάλιση κατάστασης εγρήγορσης και, γενικότερα, για τη λειτουργία του. Στη συνέχεια, υπάρχει αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στον καρδιακό ρυθμό και παρατηρείται ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων ώστε να αποκατασταθούν οι βλάβες που μπορεί να προκύψουν. Εκτός, όμως, από αυτές τις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα υπό φυσιολογικές συνθήκες, συμβαίνουν και άλλες σωματικές εκδηλώσεις οι οποίες συνδέονται με τα έντονα αισθήματα άγχους. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με καρδιαγγειακό νόσημα καταλαμβάνεται από μεγάλη ανησυχία εκδηλώνοντας κρίσεις πανικού, αφού αισθάνεται έναν απροσδιόριστο κίνδυνο τόσο για την υγεία του όσο και για την ίδια του τη ζωή. Σε αυτές τις καταστάσεις, έχουμε απελευθέρωση ορμονών όπως της ενδορφίνης από τον υποθάλαμο, της κορτιζόλης από τα επινεφρίδια και των θυρεοειδικών ορμονών. Από την άλλη πλευρά, η τεστοστερόνη και η προγεστερόνη, ορμόνες που συνδέονται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, καταγράφουν μείωση κατά την περίοδο έντονου άγχους. Επιπλέον, παρατηρείται αύξηση της χοληστερόλης και της ινσουλίνης. (Tsigos et al. 2016)

Παρόλες τις σωματικές αντιδράσεις που προαναφέρθηκαν, το άγχος δεν μπορεί να χαρακτηριστεί μόνο ως μία επιζήμια αντίδραση του οργανισμού. Σε μία ιστορική αναδρομή του ανθρώπινου είδους βλέπουμε ότι το άγχος λειτουργούσε και ως μηχανισμός άμυνας. Αποτελούσε, συχνά, το έναυσμα μιας ταχύτατης σωματικής αντίδρασης μπροστά σε επικείμενους κινδύνους βοηθώντας στην απομάκρυνση του ανθρώπου από οτιδήποτε μπορεί να απειλούσε την ίδια τη ζωή του. Στη σύγχρονη εποχή, το άγχος κατέχει έναν αρκετά πιο πολύπλοκο ρόλο συμμετέχοντας ενεργά σε ποικίλες εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής. Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα έχει να κάνει με την υγεία. Κατά τη διάγνωση μιας χρόνιας νόσου ή μίας ασθένειας που απαιτεί μακρόχρονη θεραπευτική προσέγγιση, είναι ευνόητη η εμφάνιση άγχους. Η παραμονή του ασθενή σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα ή ακόμη και στην οικία του, χωρίς τη δυνατότητα να συμμετέχει ενεργά σε καθημερινές εργασίες ή και σε άλλες συνήθειες δραστηριότητες, δημιουργεί έντονη φόρτιση συναισθηματικού χαρακτήρα η οποία συχνά καταλήγει σε αγχώδη διαταραχή και κατάθλιψη. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άγχος δεν λειτουργεί πια ως αμυντικός μηχανισμός και ο κίνδυνος που ελλοχεύει αφορά στις αρνητικές επιπτώσεις επάνω στην ψυχοσωματική υγεία. (Tsigos et al. 2016)

Ένα άτομο που πάσχει από καρδιαγγειακό νόσημα βιώνει μία κατάσταση έντονου και διαρκούς άγχους με αρκετή ένταση και συναισθηματική φόρτιση, γεγονότα που οδηγούν σε αρτηριακής υπέρτασης μόνιμου, συνήθως, χαρακτήρα. Εκτός, όμως, από την αύξηση της αρτηριακής πίεσης -διόλου ιδεατή κατάσταση για καρδιοπαθή άτομα- το χρόνιο άγχος επιταχύνει τους μηχανισμούς πρόκλησης επιπλέον καρδιαγγειακών συμβάντων. Επί παραδείγματι, αύξηση

της τιμής της ομοκυστεϊνης παράλληλα με την εντατική λειτουργία των αιμοπεταλίων επιταχύνουν τον σχηματισμό θρόμβων οδηγώντας στην οξεία εκδήλωση επικίνδυνων καρδιακών επεισοδίων. Ακόμη, η παρουσία κατεχολαμινών αυξάνει τη σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων και υπερδραστηριοποιεί τα αιμοπετάλια. Όλες αυτές οι αλλαγές αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης αθηροσκλήρυνσης και συμβάλλουν στην αύξηση του καρδιακού ρυθμού με κίνδυνο εμφάνισης αρρυθμιών και πρόκλησης αιφνιδίου θανάτου. Η δραματική, αυτή, αλλαγή της καθημερινής ζωής και ο φόβος της ίδιας της ασθένειας, καθιστά πολύ συχνά αυτούς τους ασθενείς ως μη συνεργάσιμους. Πλέον, αδυνατούν να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες και συμβουλές και είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικό ότι ενεργούν, με τη θέλησή τους, ακριβώς αντίθετα τις συστάσεις που λαμβάνουν. Για παράδειγμα, αποφεύγουν την άθληση και τον υγιεινό τρόπο ζωής, δεν προσέχουν τις διατροφικές τους συνήθειες και συνεχίζουν το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Σε ότι αφορά τον συναισθηματικό τους κόσμο, η κοινωνική απομόνωση - απόρροια της ασθένειας τους- ωθεί σε απαιτητικές και επιθετικές συμπεριφορές απέναντι ακόμη και στα οικεία τους πρόσωπα, επιζητώντας συνεχή προσοχή και φροντίδα. (Tsigos et al. 2016)

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το να προσδιοριστεί η ποιότητα ζωής δεν εύκολη υπόθεση λόγω του ότι δεν συνιστά μία μονοδιάστατη έννοια. Αντιθέτως, διάφοροι επιστημονικοί κλάδοι προσεγγίζουν το θέμα ποικιλοτρόπως εστιάζοντας από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Ωστόσο, οι βασικοί άξονες προσδιορισμού της είναι οι εξής:

- Λειτουργική προσέγγιση. Αξιολογεί την επίδραση των δυσλειτουργιών, στην καθημερινότητα των ασθενών, που οφείλονται στην ύπαρξη προβλημάτων υγείας.
- Επιδημιολογική προσέγγιση. Ταξινομεί τους ασθενείς σε κατηγορίες βάσει της συμπτωματολογίας τους και των θεραπευτικών τους πρωτοκόλλων.
- Οικονομική προσέγγιση. Μελετά την κατοχή και κατανομή των οικονομικών πόρων των ανθρώπων και διερευνώντας τις συσχετίσεις με την ποιότητα της ζωής τους.
- Πολιτιστική προσέγγιση. Ασχολείται με τα φαινόμενα κοινωνικής απομόνωσης και στιγματισμού των ανθρώπων που χαρακτηρίζονται από συμπεριφορές που αποκλίνουν από την αντίστοιχη του μέσου πληθυσμού.

Με βάση, λοιπόν, όλα τις προαναφερθείσες προσεγγίσεις, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την έννοια της ποιότητας ζωής ως εξής: *«Ποιότητα ζωής ορίζεται η προσωπική αντίληψη που έχει ο κάθε άνθρωπος σχετικά με τη θέση και τον ρόλο του στη ζωή όπως διαμορφώνεται από τον συνδυασμό των ατομικών του στόχων και ιδεών με τις αξίες και τα πολιτισμικά γνωρίσματα της κοινωνίας στην οποία εντάσσεται».* (“WHOQOL: Measuring Quality of Life” 2014)

3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Υπάρχει ισχυρή σχέση ανάμεσα στην υγεία και την ποιότητα ζωής. Οι συνεργικοί παράγοντες που βοηθούν στην αξιολόγηση της ψυχοσωματικής υγείας ενός ατόμου αφορούν, από τη μία, στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής του -συναισθηματική, φυσική και κοινωνική- και, από την άλλη, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, η πνευματική καλλιέργεια, η ψυχολογική ισορροπία, καθώς και η ποιότητα του συστήματος υγείας από το οποίο εξαρτάται άμεσα ή έμμεσα. (Fayers and Sprangers 2002)

Με την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής διερευνάται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη μείωση της νοσηρότητας και στην

αύξηση του προσδόκιμου της ζωής. Πρόκειται για μία αξιολόγηση που εφαρμόζεται τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στο πληθυσμιακό σύνολο. (Fayers and Sprangers 2002)

Η ατομική διερεύνηση, της ποιότητας ζωής, καταγράφει και συνυπολογίζει τις ανάγκες απέναντι στην ασθένεια, το οικονομικό κόστος της περίθαλψης, τις ενδεχόμενες παρενέργειες του θεραπευτικού προγράμματος και την ύπαρξη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. (Fayers and Sprangers 2002)

Αντίστοιχα, όταν η αξιολόγηση αφορά τον γενικότερο πληθυσμό, η εκτίμηση συμπεριλαμβάνει τις ανάγκες και τις επιπτώσεις των προγραμμάτων της πολιτικής υγείας. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο γίνεται χρήση ειδικών δεικτών, οι οποίοι διακρίνονται αντικειμενικούς και σε υποκειμενικούς. Οι αντικειμενικοί δείκτες μελετούν τη σωματική κατάσταση των ανθρώπων και υπολογίζουν το επίπεδο της λειτουργικής τους επάρκειας ώστε να είναι σε θέση να εργαστούν. Οι υποκειμενικοί δείκτες, αξιολογούν τον γενικότερο βαθμό ευεξίας του ασθενή και, ειδικότερα, τον βαθμό κοινωνικής του προσαρμογής. Ο υπολογισμός αυτών των δεικτών επιτυγχάνεται μέσω της χρήσης εξειδικευμένων εργαλείων-ερωτηματολογίων. (Fayers and Sprangers 2002)

3.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα εργαλεία-ερωτηματολόγια για τον προσδιορισμό του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών διακρίνονται σε γενικά και σε ειδικά. Τα αποτελέσματά τους είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για τις συγκρίσεις ανάμεσα σε ασθενείς και σε άτομα του γενικού πληθυσμού.

Στην κατηγορία των γενικών εργαλείων κατατάσσονται τα παρακάτω:

- Euro Qual (EQ-5DL). Είναι ένα ερωτηματολόγιο που αντλεί τις πληροφορίες, από το ερωτώμενο άτομο, με άμεσο τρόπο. Η συνολική βαθμολογία του έχει εύρος από 0, (χειρίστη κατάσταση υγείας) έως 100 (ιδεατή κατάσταση υγείας). Ως εργαλείο, χρησιμοποιείται ευρύτατα σε κλινικές μελέτες και σε έρευνες που αφορούν την υγεία του πληθυσμού. (“EQ-5D-5L – EQ-5D” n.d.)
- SF-36. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την πραγματοποίηση μίας μελέτης έρευνας στο γενικό πληθυσμό όσο και σε στοχευμένες υποομάδες του. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που ταξινομούνται σε 8 υποκατηγορίες. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η αξιολόγηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας. (“36-Item Short Form Survey (SF-36) | RAND” n.d.)

- HUI. Πρόκειται για έναν δείκτη που εκτιμάει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Ως εργαλείο στοχεύει στην καταγραφή των εμπειριών, κάθε ασθενή, από τη λαμβανόμενη θεραπεία, στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην καταγραφή του υγειονομικού επιπέδου του γενικού πληθυσμού. (“Health Utilities Inc. ‘Self or Interviewer Administered - Paper&Pencil or Web-Based Format’” n.d.)
- QWB. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 71 ερωτήσεις. Πρόκειται για ένα είδος κλίμακας που έχει ως στόχο την αξιολόγηση του βαθμού ευεξίας του ατόμου όπως και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του. Ως εργαλείο αξιολογεί τη σωματική δραστηριότητα του ατόμου, την κινητικότητά του, το επίπεδο κοινωνικής προσαρμογής και, τέλος, μελετάει τη συμπτωματολογία ή άλλα προβλήματα που προκύπτουν (Rehabilitation Institute of Chicago). (Sieber et al. 2008)
- Nottingham Health Profile. Ο συγκεκριμένος δείκτης μελετάει τον βαθμό ενεργητικότητας, της ύπαρξης και των αποτελεσμάτων της αϋπνίας, το επίπεδο κοινωνικής απομόνωσης και το βαθμό επίδρασης της ασθένειας στο συναισθηματικό κόσμο του ατόμου. Πρόκειται για ένα αρκετά εύχρηστο εργαλείο, αφού οι συμμετέχοντες διευκολύνονται στην απάντηση των ερωτήσεων λόγω της δυαδικής φύσης της απάντησης (Ναι-Όχι). (“Nottingham Health Profile - an Overview | ScienceDirect Topics” n.d.)
- General Health Ratings index. Είναι ένα εργαλείο εκτίμησης της προσωπικής αντίληψης που έχει ο ασθενής για την πάθησή του, με δυνατότητα σύγκρισης σε διάφορες χρονικές στιγμές της κατάστασης της υγείας των νοσούντων. (Ware 1976)

Στην κατηγορία των ειδικών εργαλείων, που εφαρμόζονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών με καρδιοαγγειοπάθειες, ανήκουν τα εξής:

- Heart Qol. Πρόκειται για ένα εξειδικευμένο εργαλείο που σχεδιάστηκε για τη μελέτη της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Χρησιμοποιείται σε άτομα που πάσχουν από στηθάγχη ή που έχουν βιώσει ένα επεισόδιο εμφράγματος του μυοκαρδίου. (Oldridge et al. 2014)
- Minnesota Living with Heart Failure. Πρόκειται για ένα εργαλείο ευρείας χρήσης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Αξιολογεί τη φυσική κατάσταση και την ψυχική διάθεση του κάθε ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια. (“Minnesota LIVING WITH HEART FAILURE® Questionnaire (MLHFQ) - 94019 - University of Minnesota Office for Technology Commercialization” n.d.)

Παρόλη τη διαθεσιμότητα γενικών και ειδικών εργαλείων, τα οποία διευκολύνουν την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε συνάρτηση με την υγεία, η όλη διαδικασία χαρακτηρίζεται ως περίπλοκη. Αυτή η περιπλοκότητα οφείλεται στο γεγονός ότι το εννοιολογικό κομμάτι της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατο και, ως εκ τούτου, περιλαμβάνει πάρα πολλές παραμέτρους. Επιπλέον, αρκετά συχνά, ενώ παρατηρείται βελτίωση κάποιου δείκτη της υγείας έχουμε καταγραφή επιδείνωσης κάποιου άλλου δείκτη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η εκτίμηση της συνολικής κατάστασης του ασθενή περιπλέκεται. Τέλος, η προσωπικότητα του κάθε ατόμου, όπως διαμορφώνεται από το σύστημα αξιών του και το μορφωτικό του επίπεδο, μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τις απαντήσεις του. Ως εκ τούτου, είναι αυτονόητο πως δεν υπάρχουν εργαλεία κοινής αποδοχής, σε ό,τι αφορά τη χρήση τους. Εκείνο, πάντως, που θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση σε τέτοιου είδους έρευνες είναι η χρήση του ίδιου πάντα εργαλείου-ερωτηματολογίου όταν πρόκειται να γίνουν συγκριτικές μελέτες.

3.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Κάθε ασθενής που πάσχει από ένα χρόνια νόσημα εμφανίζει σημαντικές μεταπτώσεις στην ψυχολογία του, η οποία επηρεάζεται -θετικά ή αρνητικά- από πολλούς παράγοντες. Όλοι αυτοί οι παράγοντες διαφοροποιούνται ανά ασθενή μιας και διαμορφώνονται από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου. Κατά γενική παραδοχή, όμως, το είδος της συναισθηματικής αντίδρασης και η ψυχολογική κατάσταση του κάθε ασθενή, με καρδιαγγειακό νόσημα, εξαρτάται από ατομικούς όπως και από εξωτερικούς παράγοντες που είναι οι εξής: (WHO 2020)

- **ΗΛΙΚΙΑ.** Η ηλικία, που εμφανίζεται ένα καρδιαγγειακό νόσημα, είναι ένας πολύ ισχυρός παράγοντας σε ό,τι αφορά τη μορφή και την ένταση της συναισθηματικής αντίδρασης του ασθενή. Η εμφάνιση του νοσήματος κατά την παιδική ηλικία, βρίσκει τον μικρό ασθενή ανέτοιμο, αφού δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί η ψυχολογική και πνευματική του ωρίμανση. Εδώ, αξίζει να σημειωθεί ότι, μαζί με τα παιδιά που ασθενούν είναι και οι γονείς που βιώνουν πολύ έντονο άγχος και που καλούνται να διαχειριστούν μια ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση με χαρακτηριστική την ενδοοικογενειακή συναισθηματική φόρτιση. Στην περίπτωση που η διάγνωση αφορά στην εφηβική ηλικία, η αποδοχή της ασθένειας από τον έφηβο έρχεται σε σύγκρουση με την όλη διαδικασία διαμόρφωσης της προσωπικότητάς του και αυτό οδηγεί σε έντονο άγχος και, πολύ συχνά, σε κατάθλιψη. Στους ενήλικες, η ψυχολογική κατάσταση είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένη διότι ο ασθενής θεωρεί τον εαυτό του ανίκανο ώστε να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του. Το βάρος των οικογενειακών και

επαγγελματικών ευθυνών φαντάζει δυσβάστακτο και η όλη ψυχολογική πίεση καταλήγει σε καταθλιπτική συμπεριφορά. Τέλος, στην περίπτωση των υπερήλικων ασθενών, τα συναισθήματά τους είναι αντικρουόμενα. Κάποιες στιγμές καταλαμβάνονται από απαισιοδοξία και αδυνατούν να διαχειριστούν την ασθένειά τους ενώ, παράλληλα, τους δημιουργείται ο φόβος του επερχόμενου θανάτου. Κάποιες άλλες φορές νιώθουν πλήρεις και έτοιμοι να αποχωρήσουν από τη ζωή, πιστεύοντας ότι οι υποχρεώσεις τους στον επίγειο βίο, έχουν εκπληρωθεί.

- **ΦΥΛΟ.** Το φύλο, ως παράγοντας, είναι ένας από τους βασικότερους για τη διαμόρφωση της αντίδρασης του κάθε ασθενή απέναντι στην πάθησή του. Οι γυναίκες, φαίνεται πως, αντιδρούν πολύ πιο έντονα στην προοπτική μίας αισθητικής αλλοίωσης, ως αποτέλεσμα είτε της εξέλιξης της νόσου είτε λόγω των θεραπευτικών μεθόδων που τους εφαρμόζονται. Αντιθέτως, οι άνδρες νοιάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό για τον αντίκτυπο που έχει η ασθένειά τους στην λειτουργικότητά τους και στην εργασιακή ικανότητά τους. Συν τοις άλλοις, οι άνδρες εκφράζουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να αποδεχθούν την ιδέα της σωματικής τους εξάρτησης από φροντιστές, είτε αφορά σε νοσηλευτικό προσωπικό είτε σε μέλη από το οικογενειακό τους περιβάλλον.
- **ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ.** Η προσωπικότητα του κάθε ασθενή αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα που συμβάλλει στη διαμόρφωση του τρόπου αντίδρασης στην προοπτική της μακροχρόνιας, ή δια βίου, συμβίωσης με μία χρόνια πάθηση. Την μεγαλύτερη δυσκολία στο να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα που διαμορφώνεται, λόγω ενός καρδιαγγειακού νοσήματος, την αντιμετωπίζουν τα άτομα με ισχυρή προσωπικότητα και που χαρακτηρίζονται από δυναμισμό στην καθημερινή τους ζωή. Πέρα, όμως, από την αδυναμία αποδοχής του χρόνιου νοσήματος, οι συγκεκριμένοι ασθενείς εκδηλώνουν, συχνά, άρνηση στη συμμόρφωση των ιατρικών συστάσεων και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που τους δίνονται από τον θεράποντα ιατρό. Κάποιοι άλλοι ασθενείς, που χαρακτηρίζονται από μία προσωπικότητα υστερικού τύπου, έχουν σ' έντονο βαθμό συναισθηματική αντίδραση εκδηλώνοντας, μάλιστα, το άγχος τους με διάφορες σωματικές αντιδράσεις. Τέλος, ασθενείς που έχουν στοιχεία παρανοϊκής συμπεριφοράς, είναι επιθετικοί και οξύθυμοι.
- **ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:** Η μόρφωση ενός ατόμου και ο βαθμός πνευματικής καλλιέργειας που διαθέτει διαδραματίζουν έναν σημαντικότερο ρόλο στον τρόπο αποδοχής και, εν γένει, διαχείρισης του προβλήματος υγείας που του προκύπτει.

Συγκεκριμένα, υψηλό μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε ομαλότερη αποδοχή ενός χρόνιου νοσήματος και σε εκδηλώσεις λιγότερων ψυχολογικών διαταραχών.

- **ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ:** Καθώς είναι αναμενόμενο, όταν σε έναν άνθρωπο του ανακοινώνεται ότι πάσχει από σοβαρού βαθμού ασθένεια του προκαλείται ψυχολογική δυσλειτουργία, με φυσική συνέπεια τη δυσκολία αποδοχής.. Το μέγεθος, μάλιστα, της ψυχολογικής δυσλειτουργίας εξαρτάται από το πόσο βαριάς μορφής είναι το νόσημα.
- **ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα κάνουν την εμφάνισή τους, κυρίως, σε άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας που εργάζονται. Η παρουσία της ασθένειας, η συμπτωματολογία και οι παρενέργειες λόγω θεραπείας οδηγούν, συχνά, σε μεγάλη απώλεια εργατικών ωρών με σημαντικό οικονομικό αντίκτυπο. Βέβαια, η εξέλιξη των θεραπευτικών προσεγγίσεων των καρδιαγγειακών νοσημάτων έχει βελτιώσει αυτή την κατάσταση. Σε παλαιότερες εποχές, αντιθέτως με σήμερα, η καρδιακή ανεπάρκεια θεωρούνταν ισχυρά δεσμευτικός παράγοντας για την επιστροφή του ασθενή στις εργασιακές του συνθήκες. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι μελέτες έχουν δείξει πως τα άτομα με καρδιοπάθεια, ακόμα και όταν εξακολουθούν να εργάζονται κανονικά, ενοχοποιούν τις συνθήκες εργασίας τους ως υπαίτιες για την πρόκληση αλλά και την επιδείνωση της ασθένειά τους. Συχνά παραπονούνται για γενική αδιαθεσία και θωρακικό άλγος, ενώ εκδηλώνουν έντονο το φόβο έναρξης αρρυθμίας.
- **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ:** Οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα παραπονούνται, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, για διαταραχές τη σεξουαλικής τους ζωής όπως στυτικές δυσλειτουργίες και μειωμένη σεξουαλική επιθυμία. Η δυσλειτουργία αυτή, προερχόμενη είτε από την ίδια την πάθηση είτε από τη λαμβανόμενη θεραπεία, έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ψυχολογία του ασθενή και επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή του ζωή και τη σχέση με την/ τον σύντροφο. (Tarride et al. 2009)

Συνοψίζοντας, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι η εμφάνιση ενός καρδιαγγειακού νοσήματος αλλάζει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα του ασθενή, επιφέροντας πολλές απώλειες. Συνήθως, τα άτομα με καρδιοπάθεια αισθάνονται έλλειψη της λειτουργικής τους ικανότητας, γεγονός που περιορίζει τις ελευθερίες σε ό,τι αφορά τη συμμετοχής τους σε δραστηριότητες. Αποτέλεσμα αυτού είναι η απώλεια της αυτοεκτίμησης. Ο ασθενής καλείται να διαχειριστεί τρεις ζημιογόνες καταστάσεις: α) την απειλή της εικόνας του, β) την απειλή της σωματικής του ακεραιότητας και γ) την απώλεια της ενασχόλησής του με δραστηριότητες. Στην πρώτη κατάσταση, η ίδια η πάθηση με τη θεραπεία της οδηγούν σε σωματική εξάντληση, με αποτέλεσμα

ο ασθενής να καλείται όπως αποδεχτεί την αλλοιωμένη εικόνα του. Ακριβώς το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση των σωματικών αλλαγών που ακολουθούν την ασθένεια. Τέλος, ως γνωστόν, ένα καρδιαγγειακό νόσημα περιορίζει τις σωματικές δραστηριότητες και, αρκετά συχνά, θεωρείται αδύνατη η πραγματοποίηση ακόμα και πολύ ήπιων ασχολιών.

4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ειδικότερα, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Πόσο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα;
- Ποιο είναι το επίπεδο του άγχος και της κατάθλιψη των ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στο άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής των ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα;
- Ποια είναι τα δημογραφικά, κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα που σχετίζονται με το επίπεδο της ποιότητας ζωής, το άγχος και την κατάθλιψη;

4.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

Άτομα με καρδιαγγειακά νοσήματα.

4.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ

- Ασθενείς και των δύο φύλων.
- Ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών.
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

4.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω δύο ιδιωτικών ιατρείων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στα Φάρσαλα του νομού Λάρισας κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριος-Μάρτιος του 2021. Το δείγμα προήλθε από τον πληθυσμό των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα στην επαρχία Φαρσάλων. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι υποψήφιοι συμμετέχοντες.

Αρχικά, σε κάθε ασθενή με καρδιαγγειακό νόσημα που επισκέπτονταν τα δύο ιατρεία δίνονταν σε χαρτί τυπωμένο μία ηλεκτρονική διεύθυνση. Η ηλεκτρονική, αυτή, διεύθυνση,

οδηγούσε στο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο της έρευνας. Παράλληλα, οι υποψήφιοι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τη δυνατότητα εθελοντικής συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, καθώς και για τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους. Η ηλεκτρονική μορφή του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια και μόνο εκείνη είχε πρόσβαση ηλεκτρονική φόρμα του ερωτηματολογίου. Οι ιατροί, των δύο ιδιωτικών ιατρειών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δεν είχαν καμία πρόσβαση στην ηλεκτρονική φόρμα του ερωτηματολογίου και η μόνη συμβολή τους στην έρευνα ήταν η διανομή της ηλεκτρονικής διεύθυνσης του ερωτηματολογίου στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών τους.

Το εν λόγω, διαδικτυακού τύπου, ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί για να προστατεύει την ανωνυμία των ερωτηθέντων (δεν χρησιμοποιεί cookies για την ολοκλήρωση της έρευνας και δεν υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης σε πληροφορίες σχετικά με τις διευθύνσεις IP των ερωτηθέντων). Οι ερωτήσεις της έρευνας δεν ζητούν από τον ερωτώμενο να παράσχει άμεσα πληροφορίες ταυτοποίησης (π.χ. όνομα, διεύθυνση, αριθμό τηλεφώνου κ.λπ.). Σύμφωνα με το GDPR, για μη ευαίσθητα δεδομένα, έγινε λήψη «σαφούς» και όχι «ρητής» συγκατάθεσης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 3 τμήματα:

- Ερωτήσεις σχετικές με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.
- Κλίμακα HADS. Είναι μια κλίμακα 4 βαθμών Likert (εύρος 0-3) και 14 στοιχείων (item). Έχει σχεδιαστεί για να υπολογίζει το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης (7 στοιχεία για κάθε υποκλίμακα). Το σύνολο της βαθμολογίας υπολογίζεται από το άθροισμα των 14 στοιχείων και για κάθε υποκλίμακα η βαθμολογία είναι το άθροισμα που δίνουν τα αντίστοιχα επτά στοιχεία (από 0 έως και 21). Βαθμολογία έως και 7 αντιστοιχεί σε φυσιολογικές τιμές, από 8 έως και 10 σε οριακά παθολογικές τιμές και από 11 και άνω σε παθολογικές τιμές. Αναπτύχθηκε από τον Zigmond και τον Snaith το 1983 και έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες από την αρχική του εξέλιξη. Η κλίμακα HADS είναι αξιόπιστη για χρήση τόσο σε νοσοκομειακούς ασθενείς όσο και σε πληθυσμό της κοινότητας. (Snaith 2003; Djukanovic, Carlsson, and Årestedt 2017; Crawford et al. 2001)
- Κλίμακα WHOQOL-BREF. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για να προάγει ένα διαπολιτισμικό σύστημα που να αξιολογεί την ποιότητα ζωής και να μπορεί να εφαρμόζεται στον ευρύτερο χώρο της Υγείας. Περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και διακρίνεται σε πέντε ενότητες, οι οποίες αξιολογούν: α) την ποιότητα ζωής συνολικά και τη γενική υγεία, β) τη σωματική υγεία, γ) την ψυχική υγεία, δ) τις κοινωνικές σχέσεις και ε) το περιβάλλον. Κάθε

ενότητα βαθμολογείται σε μία κλίμακα από 0 έως 100. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 0 αντιστοιχούν, αναλογικά, σε αρνητικότερη κλιμάκωση της μελετώμενης μεταβλητής, ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 100 σε θετικότερη κλιμάκωση. (Vahedi 2010)

4.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέση τιμή (mean, M), τυπική απόκλιση (standard deviation, SD) και διάμεσος (median, Mdn). Οι διακριτές μεταβλητές σε συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (N%).

Για να μελετηθεί η σχέση ανάμεσα σε δύο συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε είτε ο δείκτης συσχέτισης του Pearson είτε ο μη παραμετρικός δείκτης του Spearman. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μίας τακτικής και μίας συνεχούς μεταβλητής έγινε μέσω του δείκτη συσχέτισης του Spearman. Η εξέταση της σχέσης ανάμεσα σε μία συνεχή και σε μία διχοτομική μεταβλητή έγινε με τον δείκτη συσχέτισης Point Biserial. Στην περίπτωση μίας συνεχούς μεταβλητής και μίας ονομαστικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος των Kruskal-Wallis. Για να ελεγχθεί η κανονικότητα εφαρμόσθηκε η δοκιμασία των Shapiro-Wilk και μελετήθηκαν τα γραφήματα normal Q-Q και box plot.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την 25η έκδοση του λογισμικού SPSS. Ως ελάχιστη τιμή για το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 5%. Ως υποδιαστολή χρησιμοποιείται η τελεία.

4.6 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για να συλλεχθούν τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκε η διεγματοληπτική μέθοδος ευκολίας (convenience sampling), κατά την οποία συμμετέχουν μόνο όσα άτομα είναι άμεσης προσβασιμότητας και εκφράζουν την επιθυμία συμμετοχής. Η ερευνητική χρησιμότητα ενός τέτοιου δείγματος δεν μπορεί να συμβάλλει στην εξαγωγή συμπερασμάτων γενικού χαρακτήρα.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το δείγμα αποτελούν 80 ασθενείς (59 άνδρες και 21 γυναίκες), μέσης ηλικίας 64.9 έτη (SD = 8.8). Η μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος υπολογίστηκε 29 kg/m² (SD = 3.7). Στον αμέσως επόμενο πίνακα υπάρχει αναλυτική καταγραφή των περιγραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

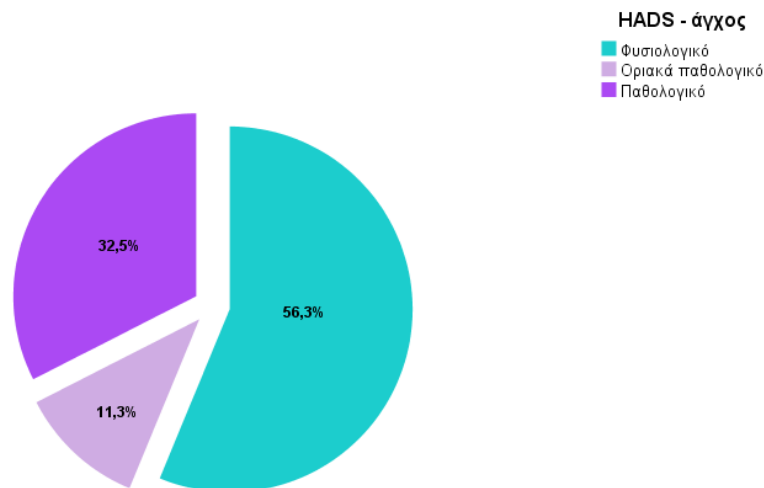
		n	n %
Φύλο	Γυναίκα	21	26.3%
	Άντρας	59	73.8%
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	60	75.0%
	Ναι	20	25.0%
Οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας	Όχι	28	35.0%
	Ναι	52	65.0%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος Δημοτικού	36	45.0%
	Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ	34	42.5%
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ	10	12.5%
Αριθμός παιδιών	0	2	2.5%
	1	5	6.3%
	2	48	60.0%
	3	17	21.3%
	>3	8	10.0%
Τόπος κατοικίας	Αγροτική περιοχή	27	33.8%
	Ημιαστική περιοχή	16	20.0%
	Αστική περιοχή	37	46.3%
Φυσική άσκηση	Καθόλου	23	28.7%
	Ελαφρά	13	16.3%
	Μέτρια	36	45.0%
	Έντονη	8	10.0%
Καπνισματική συνήθεια	Μη καπνιστής/ στρια	24	30.0%
	Πρώην καπνιστής/ στρια	31	38.8%
	Καπνιστής/ στρια	25	31.3%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η	2	2.5%
	Έγγαμος/ η	66	82.5%
	Διαζευγμένος/ η	1	1.3%
	Συμβίωση	1	1.3%
	Χήρος/ α	10	12.5%
Επαγγελματική κατάσταση	Δημόσιος υπάλληλος	1	1.3%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	10	12.5%
	Ελεύθερος/ η επαγγελματίας	16	20.0%
	Οικιακά	3	3.8%
	Άνεργος/ η	7	8.8%
	Συνταξιούχος	43	53.8%

Σε ό,τι αφορά την κλίμακα του άγχους, περίπου έξι στους δέκα ασθενείς (ποσοστό 56.3%) εμφανίζουν φυσιολογικές τιμές, περίπου ένας στους δέκα (ποσοστό 11.3%) οριακά παθολογικές και σχεδόν ένας στους τρεις παθολογικές (ποσοστό 32.5%).

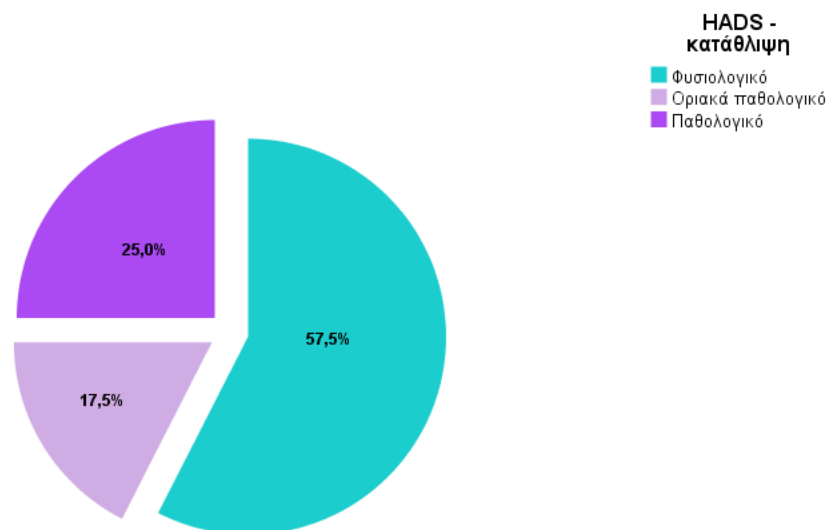
Σχετικά με την κλίμακα της κατάθλιψης, περίπου οι μισοί ασθενείς (ποσοστό 57.5%) εμφανίζουν φυσιολογικές τιμές, σχεδόν δύο στους δέκα (ποσοστό 17.5%) οριακά παθολογικές και ένας στους τέσσερις (ποσοστό 25%) παθολογικές.

Πίνακας 2. Στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου HADS

		n	n%
HADS - άγχος	Φυσιολογικό	45	56.3%
	Οριακά παθολογικό	9	11.3%
	Παθολογικό	26	32.5%
HADS - κατάθλιψη	Φυσιολογικό	46	57.5%
	Οριακά παθολογικό	14	17.5%
	Παθολογικό	20	25.0%



Γράφημα 1. Ποσοστιαία κατανομή ασθενών βάσει της υποκλίμακας HADS-άγχος

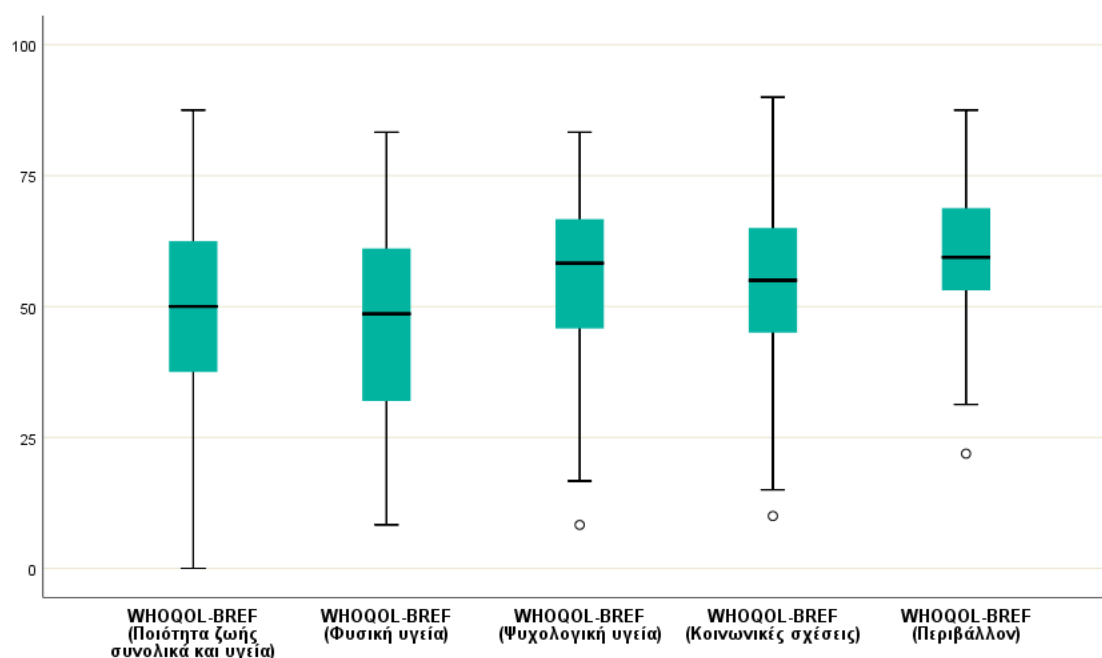


Γράφημα 2. Ποσοστιαία κατανομή ασθενών βάσει της υποκλίμακας HADS-κατάθλιψη

Σε ό,τι αφορά την υποκλίμακα WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και γενική υγεία) οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος καταγράφουν ένα μέτριο επίπεδο (48%). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) δηλώνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο φυσικής υγείας (47.8%). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) δηλώνουν ένα μέτριο, οριακά θετικό, επίπεδο ψυχολογικής υγείας (54.8%). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) δηλώνουν ένα μέτριο, οριακά θετικό, επίπεδο κοινωνικών σχέσεων (55.9%). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) δηλώνουν, επίσης, ένα οριακά θετικό επίπεδο στο αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους (59.3%).

Πίνακας 3. Βασικοί στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF

	Mean	Standard Deviation	Median
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	48.0	21.5	50.0
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	47.8	17.8	48.6
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	54.8	16.8	58.3
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	55.9	15.8	55.0
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	59.3	11.1	59.4



Γράφημα 3. Θηκογράμματα (box-plots) των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF

5.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

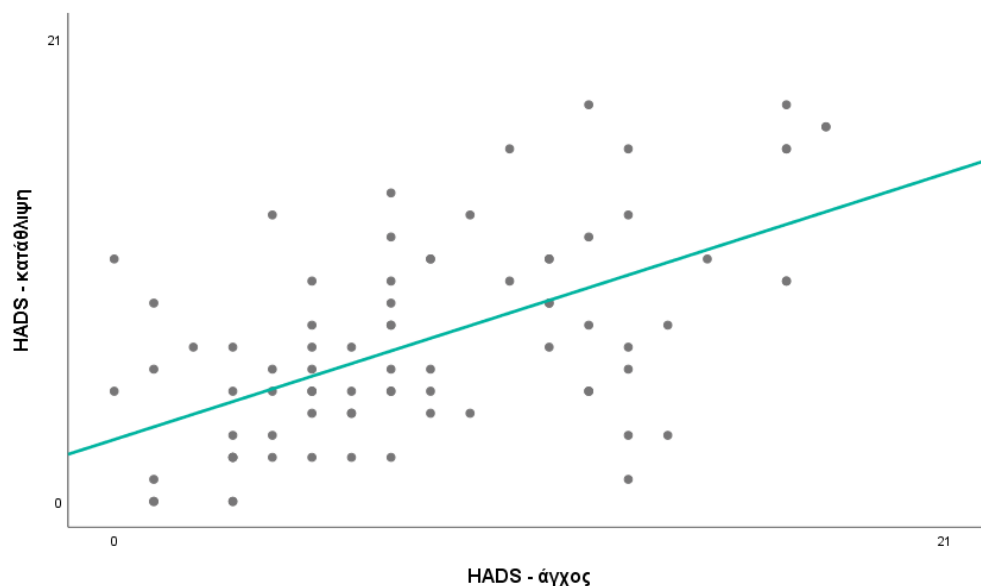
Ο έλεγχος κανονικότητας έδειξε ότι οι υποκλίμακες των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF εμφανίζουν κανονική κατανομή. Έτσι, η μελέτη των συσχετίσεων έγινε με τη χρήση παραμετρικών ελέγχων.

Η υποκλίμακα HADS-άγχος βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την υποκλίμακα HADS-κατάθλιψη ($r(80) = 0.586$, $p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο κατάθλιψης.

Πίνακας 4. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ HADS-άγχος και HADS-κατάθλιψη

		HADS - άγχος	HADS - κατάθλιψη
HADS - άγχος	Pearson Correlation	1	0.586**
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	80	80
HADS - κατάθλιψη	Pearson Correlation	0.586**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	80	80

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Γράφημα 4. Στικτόγραμμα (scatter-plot) και γραμμή παλινδρόμησης της συσχέτισης μεταξύ HADS-άγχος και HADS-κατάθλιψη

Η υποκλίμακα HADS - άγχος βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία) ($r(80) = -0.402, p < 0.001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία.
- ✓ WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) ($r(80) = -0.389, p < 0.001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο φυσικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) ($r(80) = -0.572, p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ($r(80) = -0.420, p < 0.001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.
- ✓ WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) ($r(80) = -0.491, p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους.

Πίνακας 5. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ HADS-άγχος και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF

		HADS-άγχος
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	-0.402
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	-0.389
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-0.572
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	-0.420
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	-0.491
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	80

Η υποκλίμακα HADS-κατάθλιψη βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία) ($r(80) = -0.643$, $p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία.
- ✓ WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) ($r(80) = -0.566$, $p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο φυσικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) ($r(80) = -0.676$, $p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ($r(80) = -0.507$, $p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.
- ✓ WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) ($r(80) = -0.555$, $p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους.

Πίνακας 6. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ HADS-κατάθλιψη και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF

		HADS-κατάθλιψη
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	-0.643
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	-0.566
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-0.676
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	-0.507
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	-0.555
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	80

Το φύλο βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ HADS-άγχος ($r_{pb}(80) = -0.317, p = .004$). Συγκεκριμένα, στους άνδρες αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο άγχους, σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- ✓ HADS-κατάθλιψη ($r_{pb}(80) = -0.362, p = 0.001$). Συγκεκριμένα, στους άνδρες αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης, σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία) ($r_{pb}(80) = 0.376, p = 0.001$). Συγκεκριμένα, στους άνδρες αντιστοιχεί υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) ($r_{pb}(80) = 0.342, p = 0.002$). Συγκεκριμένα, στους άνδρες αντιστοιχεί υψηλότερο επίπεδο ψυχολογικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ($r_{pb}(80) = 0.424, p < .001$). Συγκεκριμένα, στους άνδρες αντιστοιχεί υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.
- ✓ WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) ($r_{pb}(80) = 0.277, p = 0.013$). Συγκεκριμένα, στους άνδρες αντιστοιχεί υψηλότερο αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους.

Πίνακας 7. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ φύλου και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Φύλο
HADS-κατάθλιψη	Point Biserial Correlation	-0.317
	Sig. (2-tailed)	0.004
	N	80
HADS-άγχος	Point Biserial Correlation	-0.362
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Point Biserial Correlation	0.376
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Point Biserial Correlation	0.260
	Sig. (2-tailed)	0.020
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Point Biserial Correlation	0.342
	Sig. (2-tailed)	0.002
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Point Biserial Correlation	0.42
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Point Biserial Correlation	0.277
	Sig. (2-tailed)	0.013
	N	80

Το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

Πίνακας 8. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Κατανάλωση αλκοόλ
HADS-κατάθλιψη	Point Biserial Correlation	0.059
	Sig. (2-tailed)	0.606
	N	80
HADS-άγχος	Point Biserial Correlation	0.017
	Sig. (2-tailed)	0.884
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Point Biserial Correlation	0.106
	Sig. (2-tailed)	0.351
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Point Biserial Correlation	-0.068
	Sig. (2-tailed)	0.549
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Point Biserial Correlation	-0.029
	Sig. (2-tailed)	0.798
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Point Biserial Correlation	0.113
	Sig. (2-tailed)	0.320
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Point Biserial Correlation	0.012
	Sig. (2-tailed)	0.914
	N	80

Το οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

Πίνακας 9. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ οικογενειακού ιστορικού καρδιοπάθειας και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας
HADS-κατάθλιψη	Point Biserial Correlation	0.045
	Sig. (2-tailed)	0.690
	N	80
HADS-άγχος	Point Biserial Correlation	-0.027
	Sig. (2-tailed)	0.815
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Point Biserial Correlation	-0.024
	Sig. (2-tailed)	0.834
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Point Biserial Correlation	-0.022
	Sig. (2-tailed)	0.845
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Point Biserial Correlation	-0.038
	Sig. (2-tailed)	0.736
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Point Biserial Correlation	0.211
	Sig. (2-tailed)	0.061
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Point Biserial Correlation	0.002
	Sig. (2-tailed)	0.989
	N	80

Το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) ($r(80) = 0.325, p = 0.003$). Συγκεκριμένα, υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο φυσικής ζωής.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ($r(80) = 0.412, p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.

Πίνακας 10. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Επίπεδο εκπαίδευσης
HADS-κατάθλιψη	Spearman Correlation	-0.156
	Sig. (2-tailed)	0.166
	N	80
HADS-άγχος	Spearman Correlation	-0.038
	Sig. (2-tailed)	0.738
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Spearman Correlation	0.138
	Sig. (2-tailed)	0.222
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Spearman Correlation	0.325
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Spearman Correlation	0.096
	Sig. (2-tailed)	0.396
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Spearman Correlation	0.412
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Spearman Correlation	0.188
	Sig. (2-tailed)	0.096
	N	80

Ο αριθμός των παιδιών δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

Πίνακας 11. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αριθμού παιδιών και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Αριθμός παιδιών
HADS-κατάθλιψη	Spearman Correlation	0.214
	Sig. (2-tailed)	0.057
	N	80
HADS-άγχος	Spearman Correlation	0.183
	Sig. (2-tailed)	0.104
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Spearman Correlation	-0.039
	Sig. (2-tailed)	0.732
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Spearman Correlation	-0.075
	Sig. (2-tailed)	0.510
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Spearman Correlation	-0.077
	Sig. (2-tailed)	0.500
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Spearman Correlation	-0.152
	Sig. (2-tailed)	0.178
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Spearman Correlation	-0.090
	Sig. (2-tailed)	0.427
	N	80

Ο τόπος κατοικίας δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

Πίνακας 12. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ τόπου κατοικίας και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Τόπος κατοικίας
HADS-κατάθλιψη	Spearman Correlation	0.036
	Sig. (2-tailed)	0.754
	N	80
HADS-άγχος	Spearman Correlation	-0.131
	Sig. (2-tailed)	0.248
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Spearman Correlation	-0.022
	Sig. (2-tailed)	0.848
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Spearman Correlation	0.030
	Sig. (2-tailed)	0.791
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Spearman Correlation	-0.030
	Sig. (2-tailed)	0.790
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Spearman Correlation	0.127
	Sig. (2-tailed)	0.261
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Spearman Correlation	0.094
	Sig. (2-tailed)	0.406
	N	80

Το επίπεδο φυσικής άσκησης βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ HADS – κατάθλιψη ($r_s(80) = -0.388, p < 0.001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία) ($r_s(80) = 0.329, p = 0.003$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) ($r_s(80) = 0.496, p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο φυσικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) ($r_s(80) = 0.493, p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο ψυχολογικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ($r_s(80) = 0.582, p < .001$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.
- ✓ WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) ($r_s(80) = 0.325, p = 0.003$). Συγκεκριμένα, υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους.

Πίνακας 13. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ επιπέδου φυσικής άσκησης και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Φυσική άσκηση
HADS-κατάθλιψη	Spearman Correlation	-0,388
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	80
HADS-άγχος	Spearman Correlation	-0,166
	Sig. (2-tailed)	0,141
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Spearman Correlation	0,329
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Spearman Correlation	0,496
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Spearman Correlation	0,493
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Spearman Correlation	0,582
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Spearman Correlation	0,325
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	80

Η καπνισματική συνήθεια δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

Πίνακας 14. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ καπνισματικής συνήθειας και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Καπνισματική συνήθεια
HADS-κατάθλιψη	Spearman Correlation	0.025
	Sig. (2-tailed)	0.828
	N	80
HADS-άγχος	Spearman Correlation	0.043
	Sig. (2-tailed)	0.702
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Spearman Correlation	0.106
	Sig. (2-tailed)	0.347
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Spearman Correlation	0.135
	Sig. (2-tailed)	0.231
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Spearman Correlation	0.014
	Sig. (2-tailed)	0.899
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Spearman Correlation	0.219
	Sig. (2-tailed)	0.051
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Spearman Correlation	-0.053
	Sig. (2-tailed)	0.642
	N	80

Η ηλικία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά μόνο με την υποκλίμακα HADS-άγχος ($r(80) = -0.269$, $p = 0.016$). Συγκεκριμένα, σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο άγχους.

Πίνακας 15. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ ηλικίας και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Ηλικία
HADS-κατάθλιψη	Pearson Correlation	-0.075
	Sig. (2-tailed)	0.509
	N	80
HADS-άγχος	Pearson Correlation	-0.269
	Sig. (2-tailed)	0.016
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	0.135
	Sig. (2-tailed)	0.233
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	-0.050
	Sig. (2-tailed)	0.661
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	0.032
	Sig. (2-tailed)	0.777
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	-0.211
	Sig. (2-tailed)	0.060
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	0.124
	Sig. (2-tailed)	0.275
	N	80

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

Πίνακας 16. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ Δείκτη Μάζας Σώματος και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

		Δείκτης Μάζας Σώματος
HADS-άγχος	Pearson Correlation	-0.024
	Sig. (2-tailed)	0.830
	N	80
HADS-κατάθλιψη	Pearson Correlation	-0.117
	Sig. (2-tailed)	0.301
	N	80
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	-0.075
	Sig. (2-tailed)	0.509
	N	80
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	0.019
	Sig. (2-tailed)	0.866
	N	80
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-0.073
	Sig. (2-tailed)	0.520
	N	80
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	0.083
	Sig. (2-tailed)	0.465
	N	80
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	0.011
	Sig. (2-tailed)	0.923
	N	80

Η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να σχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

Πίνακας 17. Έλεγχος σχέσης μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF

	Test Statistics ^{a,b}						
	HADS- άγχος	HADS- κατάθλιψη	WHOQOL- BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	WHOQOL- BREF (Φυσική υγεία)	WHOQOL- BREF (Ψυχολογική υγεία)	WHOQOL- BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	WHOQOL- BREF (Περιβάλλον)
Kruskal-Wallis H	0.801	3.906	6.658	4.676	6.980	8.042	4.825
df	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	0.938	0.419	0.155	0.322	0.137	0.090	0.306

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Οικογενειακή κατάσταση

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι από τα πιο σημαντικά προβλήματα υγείας που επηρεάζουν τους ανθρώπους σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά. Ο θάνατος λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων συνεχίζει να κατατάσσεται πρώτος στη λίστα όλων των νοσημάτων, παρά τις εξελίξεις στην πρόληψη και στις θεραπευτικές μεθόδους. (WHO 2020)

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε προκειμένου να προσδιοριστεί η επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων στα επίπεδα ποιότητας ζωής, κατάθλιψης και άγχους, ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Διαπιστώθηκε ότι η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 64.9 έτη, αριθμός που συμφωνεί με τις αντίστοιχες βιβλιογραφικές αναφορές της βιβλιογραφίας, όπου η μέση ηλικία των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα καταγράφεται μεγαλύτερη των 60 ετών (Yazdanyar and Newman 2009).

Οι βιβλιογραφικές αναφορές δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι καρδιαγγειακοί ασθενείς επηρεάζονται, με αρνητικό τρόπο, σωματικά και ψυχολογικά, γεγονός που οδηγεί σε μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής και σε αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης (Demirsoy and Taskiran 2010). Στην παρούσα μελέτη υπολογίστηκε ότι τέσσερα στα δέκα άτομα με καρδιοαγγειοπάθεια έχουν οριακά παθολογικές ή παθολογικές τιμές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτά δεν απέχουν πολύ από τα αντίστοιχα της βιβλιογραφίας, όπου ο επιπολασμός που έχει καταγραφεί για την κατάθλιψη και το άγχος, σε καρδιοαγγειοπαθή άτομα κυμαίνεται μεταξύ 20% και 30% (Stewart and Rollman 2014).

Τα αποτελέσματα, επίσης, της έρευνας έδειξαν ότι μεγάλος βαθμός άγχους αντιστοιχεί σε μεγάλο βαθμό κατάθλιψης. Ακόμη, υψηλό επίπεδο άγχους ή κατάθλιψης βρέθηκε να αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία, κοινωνικών σχέσεων, ψυχολογικής και φυσικής υγείας, και αισθήματος ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους. Σχετικά με το φύλο, οι άντρες εμφάνισαν λιγότερο άγχος ή κατάθλιψη, εν συγκρίσει με τις γυναίκες. Τέλος, σε πιο ηλικιωμένους ασθενείς υπολογίστηκε μικρότερος βαθμός άγχους. Όλα τα προαναφερθέντα συμπεράσματα συνάδουν με τις αναφορές της παγκόσμιας βιβλιογραφίας. Παρόλα αυτά, λόγω ελλείψεως ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της έννοιας της ποιότητας ζωής, καθώς και της μεγάλης ποικιλομορφίας των εργαλείων μέτρησής της, δυσκολεύει σε πολύ μεγάλο βαθμό την όποια προσπάθεια για άμεση σύγκριση ανάμεσα σε αντίστοιχες μελέτες. (Sivertsen et al. 2015)

Σχετικά με την ποιότητα ζωής συνολικά και τη γενική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, την ψυχολογική και φυσική υγεία, καθώς και το αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους, τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων έδειξαν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση προς τη θετική κατεύθυνση.

Το φύλο υπολογίστηκε ότι επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι στις γυναίκες αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά, κοινωνικών σχέσεων και ψυχολογικής υγείας. Αυτό το εύρημα ταιριάζει με αντίστοιχα αποτελέσματα που καταγράφονται σε δημοσιευμένες έρευνες από διάφορα μέρη του κόσμου. Πρέπει, όμως, εδώ να σημειωθεί ότι σε όλες αυτές τις έρευνες, η διακύμανση των αποτελεσμάτων είναι μεγάλη εξαιτίας της ανομοιομορφίας που υπάρχει σε δημογραφικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην ποιότητα ζωής. (Lee, Xu, and Wu 2020)

Ένα άλλο αποτέλεσμα είναι η ανεύρεση σχέσης μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και ποιότητα ζωής. Στην παρούσα μελέτη υπολογίστηκε ότι υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων και φυσικής ζωής. Και σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει συμφωνία με συμπεράσματα αντίστοιχων μελετών. (Barbareschi et al. 2011)

Σε ότι αφορά τη φυσική άσκηση βρέθηκε ότι υψηλό επίπεδο αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά, σε χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης, καθώς και σε υψηλότερο επίπεδο ψυχολογικής και φυσικής υγείας, κοινωνικών σχέσεων και σε αίσθημα ασφάλειας λόγω εξωτερικών κινδύνων. Η θετική επίδραση της άσκησης τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην ψυχική υγεία, ασθενών με καρδιαγγειοπάθεια, έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία έτη γεγονός που της προσδίδει μία αρκετά καλή τεκμηρίωση. Όμως, επειδή υπάρχουν πολλά και διαφορετικά προγράμματα άσκησης δεν καθίσταται δυνατή η ύπαρξη μίας κοινής συμπερασματικής τοποθέτησης. Διότι, σε κάθε πρόγραμμα άσκησης και για κάθε επίπεδο δυσκολίας, έντασης και συχνότητας καταγράφονται εντελώς διαφορετικά αποτελέσματα τα οποία, μάλιστα, μπορεί να απέχουν σημαντικά. (Dibben et al. 2018)

Βρέθηκε, τέλος, ότι σε ασθενείς μικρότερης ηλικίας αντιστοιχεί υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι συνθήκες διαβίωσης και η γενικότερη κατάσταση της υγείας αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την ερμηνεία της χαμηλής κοινωνικής συμμετοχής που καταγράφηκε στους ηλικιωμένους ασθενείς του δείγματος (Pinto and Neri 2017).

Παρά τα σημαντικά αποτελέσματα, υπάρχουν στην παρούσα μελέτη υπάρχουν περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Κατ' αρχάς, πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), άρα χωρίς δυνατότητα διερεύνησης αιτιωδών σχέσεων ανάμεσα στις υπό μελέτη μεταβλητές. Εν συνεχεία, επειδή η συλλογή των δεδομένων είναι μη τυχαίας δειγματοληψίας, κάνει τη μελέτη σημαντικά ευάλωτη σε σφάλματα επιλογής. Τέλος, δεν υπάρχει επαρκές μέγεθος δείγματος έτσι ώστε να μπορούν να πραγματοποιηθούν πολυπαραγοντικές αναλύσεις και αναλύσεις διερεύνησης συγχυτικών και τροποποιητικών παραγόντων.

Η ποιότητα ζωής, ως ο κυριότερος δείκτης της ανθρώπινης ζωής, πρέπει να μελετάται διαχρονικά και ενδελεχώς, προκειμένου να εξάγονται συμπεράσματα υψηλού βαθμού εγκυρότητας που μπορούν να οδηγήσουν σε παρεμβάσεις, κοινωνικού και ατομικού χαρακτήρα, με απώτερο σκοπό τη βελτίωσή της. Μελέτες που μπορεί να στηρίξουν μία τέτοια προσπάθεια πρέπει να έχουν πολυκεντρικό χαρακτήρα με ακριβή εστίαση, κατά τον σχεδιασμό, σε συγκεκριμένα, κάθε φορά, ομάδα ασθενών.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία, σωματική και ψυχική, θεωρείται βασικός και σημαντικός ρυθμιστικός παράγοντας για το επίπεδο της ποιότητας ζωής. Η καταγραφή της ποιότητας ζωής, από τους ίδιους τους ασθενείς, είναι ωφέλιμη για τον εντοπισμό των διαφόρων προβλημάτων που υπάρχουν σε ένα σύστημα υγείας καθώς και για τον σχεδιασμό στρατηγικής και προγραμμάτων που μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση όλων των δεικτών που αφορούν στην παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη.

Όπως αναλύθηκε στην παρούσα μελέτη, τα καρδιαγγειακά νοσήματα επιδρούν, σε μεγάλο βαθμό, στη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή. Η θετική ψυχολογία αποτελεί σημαντική συνιστώσα στην ολιστική αντιμετώπιση της νοσογόνου κατάστασης. Ο ασθενής με υψηλό βαθμό ποιότητας ζωής είναι σε θέση να αυτοδιαχειριστεί πολύ καλύτερα την πάθησή του καθώς και τις επιπλοκές της. Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο οι έρευνες να επικεντρώνονται στους εξής δύο βασικούς άξονες: α) εντοπισμός και μελέτη εκείνων των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής όσων πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα και β) αξιολόγηση προληπτικών μέτρων και παρεμβάσεων που μπορούν να συνεισφέρουν στη βελτίωση των δεικτών σχετικών με τη φυσική και ψυχική υγεία των ασθενών.

Τέλος, η χωροχρονική μελέτη και επιτήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, όχι μόνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη δημιουργία και εξέλιξη μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων πολιτικών υγείας. Πολιτικές που πρέπει να στοχεύουν σε όλες τις μορφές υγείας, όχι μόνο σε ατομικό αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- “36-Item Short Form Survey (SF-36) | RAND.” n.d. Accessed November 3, 2019.
https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html.
- AlHabib, Khalid F., Abdelfatah A. Elasar, Hussam AlFaleh, Tarek Kashour, Ahmad Hersi, Hanan AlBackr, Fayez AlShaer, et al. 2014. “Clinical Features, Management, and Short- and Long-Term Outcomes of Patients with Acute Decompensated Heart Failure: Phase I Results of the HEARTS Database.” *European Journal of Heart Failure* 16 (4): 461–69.
<https://doi.org/10.1002/ejhf.57>.
- “American Heart Association | To Be a Relentless Force for a World of Longer, Healthier Lives.” 2020. 2020. <https://www.heart.org/>.
- Barbareschi, Giorgio, Robbert Sanderma, Ivonne Lesman Leegte, Dirk J. Van Veldhuisen, and Tiny Jaarsma. 2011. “Educational Level and the Quality of Life of Heart Failure Patients: A Longitudinal Study.” *Journal of Cardiac Failure* 17 (1): 47–53.
<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.08.005>.
- Celano, Christopher M., Daniel J. Daunis, Hermioni N. Lokko, Kirsti A. Campbell, and Jeff C. Huffman. 2016. “Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease.” *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0739-5>.
- Crawford, J. R., J. D. Henry, C. Crombie, and E. P. Taylor. 2001. “Normative Data for the HADS from a Large Non-Clinical Sample.” *British Journal of Clinical Psychology* 40 (4): 429–34.
<https://doi.org/10.1348/014466501163904>.
- Demirsoy, N., and O.O. Taskiran. 2010. “Cardiac Rehabilitation in the Elderly: An Overview of Turkey and the World.” *Turkish Journal of Geriatrics* 2: 125–33.
- Dibben, Grace Olivia, Hasnain M. Dalal, Rod S. Taylor, Patrick Doherty, Lars Hermann Tang, and Melvyn Hillsdon. 2018. “Cardiac Rehabilitation and Physical Activity: Systematic Review and Meta-Analysis.” *Heart*. BMJ Publishing Group.
<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312832>.
- Djukanovic, Ingrid, Jörg Carlsson, and Kristofer Årestedt. 2017. “Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a Valid Measure in a General Population 65-80 Years Old? A Psychometric Evaluation Study.” *Health and Quality of Life Outcomes* 15 (1): 193.
<https://doi.org/10.1186/s12955-017-0759-9>.

- Donovan, Robin, Kristeen Cherney, and Kimberly Holland. 2018. "Heart Disease: Risk Factors, Prevention, and More." 2018. <https://www.healthline.com/health/heart-disease>.
- "EQ-5D-5L – EQ-5D." n.d. Accessed May 21, 2020. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>.
- Fayers, Peter M., and Mirjam A.G. Sprangers. 2002. "Understanding Self-Rated Health." *Lancet*. Elsevier Limited. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07466-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07466-4).
- Felix, Márcia Marques dos Santos, Maria Beatriz Guimarães Ferreira, Lucas Felix de Oliveira, Elizabeth Barichello, Patricia da Silva Pires, and Maria Helena Barbosa. 2018. "Guided Imagery Relaxation Therapy on Preoperative Anxiety: A Randomized Clinical Trial." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101>.
- Frasure-Smith, Nancy, François Lespérance, Ginette Gravel, Aline Masson, Martin Juneau, Mario Talajic, and Martial G. Bourassa. 2000. "Social Support, Depression, and Mortality during the First Year after Myocardial Infarction." *Circulation* 101 (16): 1919–24. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.101.16.1919>.
- "Health Utilities Inc. 'Self or Interviewer Administered - Paper&Pencil or Web-Based Format.'" n.d. Accessed May 21, 2020. <http://www.healthutilities.com/questionnaires.htm>.
- "Home - Eurostat." 2020. 2020. <https://ec.europa.eu/eurostat>.
- Lazarus, Richard S., and Susan Folkman. 1984. "Stress, Appraisal, and Coping." 1984.
- Lee, Kyung Hee, Hanzhang Xu, and Bei Wu. 2020. "Gender Differences in Quality of Life among Community-Dwelling Older Adults in Low- A Nd Middle-Income Countries: Results from the Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE)." *BMC Public Health* 20 (1): 114. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8212-0>.
- "Minnesota LIVING WITH HEART FAILURE® Questionnaire (MLHFQ) - 94019 - University of Minnesota Office for Technology Commercialization." n.d. Accessed May 21, 2020. http://license.umn.edu/technologies/94019_minnesota-living-with-heart-failure-questionnaire-mlhfq.
- "Nottingham Health Profile - an Overview | ScienceDirect Topics." n.d. Accessed May 21, 2020. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/nottingham-health-profile>.
- Oldridge, Neil, Stefan Höfer, Hannah McGee, Ronan Conroy, Frank Doyle, and Hugo Saner. 2014. "The HeartQoL: Part I. Development of a New Core Health-Related Quality of Life

- Questionnaire for Patients with Ischemic Heart Disease.” *European Journal of Preventive Cardiology* 21 (1): 90–97. <https://doi.org/10.1177/2047487312450544>.
- Pham, Thang, Nguyen Thao Thi Nguyen, Sophie Bao Chieuto, Tuan Le Pham, Thanh Xuan Nguyen, Huong Thu Thi Nguyen, Tam Ngoc Nguyen, et al. 2019. “Sex Differences in Quality of Life and Health Services Utilization among Elderly People in Rural Vietnam.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (1). <https://doi.org/10.3390/ijerph16010069>.
- Piepoli, Massimo F., Arno W. Hoes, Stefan Agewall, Christian Albus, Carlos Brotons, Alberico L. Catapano, Marie Therese Cooney, et al. 2016. “2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of 10 Societies and by Invited Experts) Developed with the Special Contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR).” *European Journal of Preventive Cardiology* 23 (11): NP1–96. <https://doi.org/10.1177/2047487316653709>.
- Pinto, Juliana Martins, and Anita Liberalesso Neri. 2017. “Factors Related to Low Social Participation in Older Adults: Findings from the Fibra Study, Brazil.” *Cadernos Saúde Coletiva* 25 (3): 286–93. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030300>.
- Sieber, William J, Erik J Groessl, Kristin M David, Theodore G Ganiats, Robert M Kaplan All Rights Reserved, William J Seiber, Ph D Kristin M David, MPH G Theodore Ganiats, and Robert M Kaplan. 2008. “Quality of Well Being Self-Administered (QWB-SA) Scale User’s Manual.”
- Sivertsen, Heidi, Guro Hanevold Bjørkløf, Knut Engedal, Geir Selbæk, and Anne Sofie Helvik. 2015. “Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review.” *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000437299>.
- Snaith, R. Philip. 2003. “The Hospital Anxiety and Depression Scale.” *Health and Quality of Life Outcomes* 1 (August): 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>.
- Stewart, Jesse C., and Bruce L. Rollman. 2014. “Optimizing Approaches to Addressing Depression in Cardiac Patients: A Comment on O’Neil et Al.” *Annals of Behavioral Medicine* 48 (2): 142–44. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9615-x>.
- Tarride, Jean Eric, Morgan Lim, Marie DesMeules, Wei Luo, Natasha Burke, Daria O’Reilly, James Bowen, and Ron Goeree. 2009. “A Review of the Cost of Cardiovascular Disease.”

- Canadian Journal of Cardiology* 25 (6): e195. [https://doi.org/10.1016/S0828-282X\(09\)70098-4](https://doi.org/10.1016/S0828-282X(09)70098-4).
- Thom, Thomas, Nancy Haase, Wayne Rosamond, Virginia J. Howard, John Rumsfeld, Teri Manolio, Zhi Jie Zheng, et al. 2006. "Heart Disease and Stroke Statistics - 2006 Update: A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee." *Circulation*. *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.171600>.
- Thombs, Brett D., Peter De Jonge, James C. Coyne, Mary A. Whooley, Nancy Frasure-Smith, Alex J. Mitchell, Marij Zuidersma, et al. 2008. "Depression Screening and Patient Outcomes in Cardiovascular Care: A Systematic Review." *JAMA - Journal of the American Medical Association*. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.667>.
- Tsigos, Constantine, Ioannis Kyrou, Eva Kassi, and George P Chrousos. 2016. *Stress, Endocrine Physiology and Pathophysiology*. *Endotext*. MDText.com, Inc. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25905226>.
- Vahedi, Shahrum. 2010. "World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model." *Iranian Journal of Psychiatry* 5 (4): 140–53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22952508>.
- Vogelzangs, N., A. T.F. Beekman, P. De Jonge, and B. W.J.H. Penninx. 2013. "Anxiety Disorders and Inflammation in a Large Adult Cohort." *Translational Psychiatry* 3 (4). <https://doi.org/10.1038/tp.2013.27>.
- Ware, J E. 1976. "Scales for Measuring General Health Perceptions." *Health Services Research* 11 (4): 396–415. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1030696>.
- WHO. 2020. "Cardiovascular Diseases." 2020. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1.
- "WHO | Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control." 2015. *WHO*.
- "WHOQOL: Measuring Quality of Life." 2014. *WHO*.
- Yazdanyar, Ali, and Anne B. Newman. 2009. "The Burden of Cardiovascular Disease in the Elderly: Morbidity, Mortality, and Costs." *Clinics in Geriatric Medicine*. NIH Public Access. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2009.07.007>.
- Αλεβίζος, Β. 2008. *ΑΓΧΟΣ-Ιατρικές & Κοινωνικές Διαστάσεις | Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις*.

- <https://betamedarts.gr/vivlia/iatrika/psychiatrikh-psychologia/agxos-iatrikes-koinonikes-diastaseis/>.
- Βάρβογλη, Λίζα. 2007. *Η Νευροψυχολογία Του Στρες Στην Καθημερινή Ζωή*. <https://www.kastaniotis.com/book/978-960-03-4408-0>.
- “ΕΛ. Ι. ΚΑΡ. - Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας.” 2020. 2020. <https://www.elikar.gr/>.
- Ζυγά, Σοφία, Ευμορφία Κούκια, Σταυρούλα Μητρούση, and Αντώνιος Τραυλός. 2013. “Θεωρίες Άγχους: Μία Κριτική Ανασκόπηση.” *Hellenic Journal of Nursing Science (HJNS)*. <http://journal-ene.gr/θεωριες-αγχους-μια-κριτικη-ανασκ/>.
- Κουκιά, Ε. 2014. *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. <https://www.politeianet.gr/books/9789604521883-koukia-eumorfia-bitra-psychiatriki-nosileutiki-242531>.
- Μαδιανός, Μ. Γ. 2003. *Κλινική Ψυχιατρική*.
- Παλαιολόγου, Αντζυ-Μαρία. 2001. *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*. <https://www.protoporia.gr/palaiologoy-antzy-maria-prosanatolismoi-klinikhs-psychologias-9789603932307.html>.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε ανάλογα.		
ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά στοιχεία		
1	Φύλο:	1. Άνδρας 0. Γυναίκα
2	Έτος γέννησης:	
3	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος/η 2. Έγγαμος/η 3. Διαζευγμένος/η 4. Συμβίωση 5. Χήρος/α
4	Αριθμός παιδιών:	0. Μηδέν 1. Ένα 2. Δύο 3. Τρία 4. Περισσότερα
5	Επίπεδο Εκπαίδευσης:	1. Απόφοιτος Δημοτικού 2. Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ 3. Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ 4. Μεταπτυχιακό 5. Διδακτορικό
6	Επαγγελματική Κατάσταση:	1. Δημόσιος Υπάλληλος 2. Ιδιωτικός Υπάλληλος 3. Ελεύθερος Επαγγελματίας 4. Φοιτητής 5. Οικιακά 6. Άνεργος 7. Συνταξιούχος
7	Τόπος Μόνιμης Κατοικίας:	1. Αστική Περιοχή 2. Ημιαστική Περιοχή 3. Αγροτική Περιοχή
8	Ζείτε:	1. Μόνος/η 2. Με τον/την σύζυγο 3. Με τα παιδιά 4. Με τον /την σύζυγο και τα παιδιά 5. Με τους γονείς 6. Άλλο
9	Βάρος:	
10	Ύψος:	
11	Εθνικότητα:	
12	Οικογενειακό ιστορικό με καρδιολογικό πρόβλημα:	1. Ναι 0. Όχι
13	Αν ΝΑΙ ποιοι είναι οι συγγενείς με καρδιολογικό πρόβλημα:	1. Γονείς 2. Αδέρφια

		3. Άλλοι συγγενείς
14	Ιατρικό ιστορικό – Συνυπάρχουσες παθήσεις:	1. Υπέρταση
		2. Σακχαρώδης Διαβήτης
		3. Υπερλιπιδαιμία
		4. Παχυσαρκία
		5. Άλλο (προσδιορίστε.....)
15	Φυσική Άσκηση:	0. Καθόλου
		1. Ελαφρά
		2. Μέτρια
		3. Έντονη
16	Κάπνισμα αυτήν την περίοδο:	1. Ναι
		0. Όχι
17	Κάπνισμα στο παρελθόν:	1. Ναι
		0. Όχι
18	Πόσα έτη συνολικά καπνίζετε:	-
19	Πόσα έτη έχετε διακόψει το κάπνισμα:	-
20	Πίνετε συστηματικά οινόπνευματώδη ποτά:	1. Ναι
		0. Όχι
21	Κάνετε χρήση άλλων ουσιών:	1. Ναι
		0. Όχι
22	Παίρνετε φαρμακευτική αγωγή για:	1. Αρτηριακή πίεση
		2. Αντιαρρυθμικά
		3. Σακχαρώδη διαβήτη
		4. Υπερλιπιδαιμία
		5. Αντιθρομβωτική αγωγή
		6. Αγγχολυτικά – αντικαταθλιπτικά
		7. Άλλα φάρμακα
23	Είδος επέμβασης:	1. Στεφανιαία νόσο
		2. Αντικατάσταση αορτής
		3. Ανεύρυσμα αορτής
		4. Περικαρδιακή συλλογή
		5. Καρδιακός επιπωματισμός
		6. Άλλο

ΜΕΡΟΣ Β: ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (HADS)
 Michopoulos et al, 2008

Παρακαλώ τσεκάρετε το κουτάκι αριστερά από την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα το πως νιώθατε την προηγούμενη εβδομάδα. Μην σκέφτεστε τις απαντήσεις σας για πολλή ώρα. Οι αυθόρμητες απαντήσεις είναι οι καλύτερες.

Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος	
<input type="checkbox"/>	Τον περισσότερο καιρό
<input type="checkbox"/>	Πολύ καιρό
<input type="checkbox"/>	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω	
<input type="checkbox"/>	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό
<input type="checkbox"/>	Όχι στον ίδιο βαθμό
<input type="checkbox"/>	Λίγο μόνο
<input type="checkbox"/>	Καθόλου

Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί	
<input type="checkbox"/>	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
<input type="checkbox"/>	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά
<input type="checkbox"/>	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη γαρωπή όψη των πραγμάτων	
<input type="checkbox"/>	Τόσο, έτσι όπως πάντα μπορούσα
<input type="checkbox"/>	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν
<input type="checkbox"/>	Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου	
<input type="checkbox"/>	Πάρα πολύ καιρό
<input type="checkbox"/>	Πολύ καιρό
<input type="checkbox"/>	Όχι και τόσο συχνά
<input type="checkbox"/>	Μόνο περιστασιακά
Νιώθω κεφάλτος	
<input type="checkbox"/>	Ποτέ
<input type="checkbox"/>	Όχι συχνά
<input type="checkbox"/>	Μερικές φορές
<input type="checkbox"/>	Τον περισσότερο καιρό
Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος	
<input type="checkbox"/>	Ακριβώς
<input type="checkbox"/>	Συνήθως
<input type="checkbox"/>	Όχι συχνά
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου	
<input type="checkbox"/>	Σχεδόν όλο τον καιρό
<input type="checkbox"/>	Πολύ συχνά
<input type="checkbox"/>	Μερικές φορές
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου	
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	Περιστασιακά
<input type="checkbox"/>	Αρκετά συχνά
<input type="checkbox"/>	Πολύ συχνά
Έγασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	
<input type="checkbox"/>	Σίγουρα
<input type="checkbox"/>	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
<input type="checkbox"/>	Ίσως δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
<input type="checkbox"/>	Τη φροντίζω όπως πάντοτε
Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι	
<input type="checkbox"/>	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
<input type="checkbox"/>	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
<input type="checkbox"/>	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
Προσμένω με γαρά διάφορα πράγματα	
<input type="checkbox"/>	Τόσο όπως και στο παρελθόν
<input type="checkbox"/>	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
<input type="checkbox"/>	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού	
<input type="checkbox"/>	Πράγματι πολύ συχνά
<input type="checkbox"/>	Αρκετά συχνά
<input type="checkbox"/>	Όχι τόσο συχνά
<input type="checkbox"/>	Καθόλου
Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα	
<input type="checkbox"/>	Συχνά

	Μερικές φορές	
	Όχι τόσο συχνά	
	Πολύ σπάνια	

ΜΕΡΟΣ Γ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
WHOQOL-BREF
 Ginieri-Coccossis et al, 2012

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **τελευταίες δύο εβδομάδες**.

Παράδειγμα ερώτησης:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε για την ποιότητα ζωής σας στο σύνολό της και για την κατάσταση της υγείας σας τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΗ ΟΥΤΕ ΚΑΛΗ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
Γ1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Γ2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Γ3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις	1	2	3	4	5

	δουλειές σας;					
Γ4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
Γ5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙ Α	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟ ΛΙΚΑ
Γ6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
Γ7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
Γ8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
Γ9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5
<p>Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. αν έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.</p>						
		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙ Α	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟ ΛΙΚΑ
Γ10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Γ11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
Γ12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
Γ13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
Γ14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
Γ15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5
<p>Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.</p>						
		ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤ ΗΜΕΝΟΣ/Η	ΔΥΣ ΑΡΕΣΤΗ	ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣ ΤΗΜΕΝΟ	ΙΚΑΝ ΟΠΟΙΗΜ ΕΝΟΣ/Η	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙ ΗΜΕΝΟΣ/Η

			ΜΕΝΟΣ/ Η	Σ/Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠ ΟΙΗΜΕΝ ΟΣ/Η		
Γ16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
Γ17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Γ18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
Γ19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
Γ20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
Γ21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
		ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤ ΗΜΕΝΟΣ/Η	ΔΥΣ ΑΡΕΣΤΗ ΜΕΝΟΣ/ Η	ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣ ΤΗΜΕΝΟ Σ/Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠ ΟΙΗΜΕΝ ΟΣ/Η	ΙΚΑΝ ΟΠΟΙΗΜ ΕΝΟΣ/Η	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙ ΗΜΕΝΟΣ/Η
Γ22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
Γ23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
Γ24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
Γ25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5
Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.						
		ΠΟΤΕ	ΣΠΑ ΝΙΑ	ΜΕΡΙΚ ΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝ Α	ΣΥΝΕΧ ΩΣ
Γ26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5
Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας όπως η διατροφή, η συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κ.α. κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.						
		ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΗ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ

				ΟΥΤΕ ΚΑΛΗ		
Γ27	Πόσο καλή και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	1	2	3	4	5
		ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤ ΗΜΕΝΟΣ/Η	ΔΥΣ ΑΡΕΣΤΗ ΜΕΝΟΣ/ Η	ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣ ΤΗΜΕΝΟ Σ/Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠ ΟΙΗΜΕΝ ΟΣ/Η	ΙΚΑΝ ΟΠΟΙΗΜ ΕΝΟΣ/Η	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙ ΗΜΕΝΟΣ/Η
Γ28	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;	1	2	3	4	5
Γ29	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
Γ30	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5